Nr. 13 25. marca 1934 Rok XIII.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

J. STOPCZAŃSKI. Kraków.

Znaczenie zaczynów w dializacie skórnym u chorych na kiłę[1]).

Z Przychodni Przeciwwenerycznej Miejskiej.

Dawniejsze badania nad zaczynami w kile ograniczały się przeważnie do oznaczeń jakościowych. Były jednak nieliczne prace, jak Kafki, Grzybowskiego i innych, o ilościowem oznaczaniu zaczynów w surowicy i w płynie mózgowo-rdzeniowym.

Wczesne objawy kiły na skórze wskazywały, że można spodziewać się także zmian chemicznych w skórze, powstających pod wpływem działania krętków. Ponieważ przypuszczano, że pewne różnice pod tym względem, zależne od stanów chorobowych, w skórze być mogą, skierowano poszukiwania do badania także zaczynu diastatycznego.

Drogę do tych badań wskazywały doświadczenia Wohlgemutha, wykazujące w skrawkach skóry, niezawierających krwi, obecność diastazy. Wykazywał on pewne ilości tego zaczynu, tak w tkance podskórnej, jak i skórze i naskórku. Badania Urbacha dotyczyły krążków skóry, wykrawanych walcem obrotowym o średnicy jednego centymetra. Sposób ten nie był wolnym od zarzutów, gdyż nie wyszczególniał, do której warstwy skóry, naskórka czy tkanki podskórnej wyniki się odnoszą. Oprócz tego praktycznie sposób ten jest trudny do zastosowania spowodu uciążliwego i niebezbolesnego zabiegu. Dlatego też dla chemicznego badania powierzchni skóry należało wybrać inną drogę, w której ujemne strony poprzednich sposobów byłyby ominięte, a które pozwalałyby na powtarzanie badania u tego samego osobnika.

Dopiero w ostatnich kilku latach zmieniony i ulepszony sposób badania dał możność wykonywania takich oznaczeń, które wykazały wielką wartość tych badań, tak dla patologii kiły, jak i dla celów rozpoznawczych.

Obecne badania wykazały, że błędnie dawniej uważano błonę komórkową za nieprzepuszczalną. Keller rozszerzając doświadczenia Reina przekonał się o przechodzeniu przez skórę elektrolitów. Ale tylko dializa na nieuszkodzonej skórze pozwala na przejście do płynu dializującego tak elektrolitów, jak i nieelektrolitów a zwłaszcza zaczynów.

To przechodzenie nie jest równomierne, gdyż z początku jest szybsze, później słabsze, a mniejwięcej w 30 minutach się kończy. Także przez Reina i Bückinga dla oczyszczania, stosowana wodą przekroploną dializa skóry, zmienia elektryczne własności, według czasu trwania dializowania. Ta zmiana spowodowana jest przez przenikanie elektrolitów, które w dializacie chemicznie można wykazać. Przy stosowaniu rozczynów, które wobec skóry posiadają izojonję, jest to przenikanie powstrzymane. Dalsze badania wykazały przenikanie na powierzchni skóry także związków organicznych a zwłaszcza węglowodanów.

Dla przekonania się, do jakiego płynu diastaza najlepiej przenika, próbowano rozczynów o różnych stężeniach jonów wodorowych. Przy tych badaniach okazało się, że najwięcej temu celowi odpowiada woda przekroplona. Prawdopodobnie przenikające z powierzchni skóry do wody przekroplonej elektrolity wystarczają dla stworzenia najlepszych warunków przenikania diastazy. Przy przenikaniu diastazy do płynu dializującego mają znaczenie takie czynniki, jak ciepłota płynu dializującego i czas trwania dializy. Przekonano się, że płynu dializującego nie należy ogrzewać, gdyż tak ogrzanie płynu dializującego do 30°, jak stosowanie dłuższej dializy powoduje nierówne wyniki badań. Ponieważ przy dłuższem dializowaniu, trwającem ponad 5 minut, występuje zmniejszenie zaczynu diastatycznego, spowodowane wessaniem przez skórę, dlatego dializowanie dla ilościowego oznaczania tego fermentu nie powinno trwać dłużej. Ilość dializującej diastazy w pewnych granicach zależna jest także od miejsca, na którem badanie wykonano. Przyczyną tego wpływu jest różne stężenie jonów wodorowych w różnych miejscach skóry, spowodowane głównie wydzielaniem potu.

Pot apokrynowy, wydzielający się obficie w miejscach posiadających większe ilości gruczołów apokrynowych, działa na zwiększenie ilości zaczynu, tak przez zmianę stężenia jonów wodorowych, jak i przez to, że sam zawiera diastazę.

Dlatego też powstrzymanie wydzielania się potu, spowodowane podskórnem wstrzyknięciem jednego mg atropiny, powoduje zupełny spadek ilości diastazy w ciągu 90 minut od czasu wstrzyknięcia. I dopiero po 2 godzinach powraca diastaza do prawidłowej ilości. Ale badania diastazy przy wstrzykiwaniu pilokarpiny, a więc środka powodującego odwrotne działanie, bo wzmożenie wydzielania się potu, dały niespodziewany wynik. Bo w 30 minut po zastosowaniu podskórnem pilokarpiny występuje silny spadek ilości diastazy, który dopiero po 2 godzinach się wyrównuje. Ten niespodziewany spadek diastazy, według Kellera i innych autorów, jest spowodowany zadziałaniem pilokarpiny na obwodowe zakończenia nerwów potnych, które są czynnikami mającemi prawdopodobnie wpływ na przenikanie diastazy do dializatu.

Różne stężenia jonów wodorowych w różnych miejscach skóry, zależne głównie od niejednakowego wydzielania się potu na powierzchni ciała, były wskazówką, że wybór miejsca dla przenikania diastazy do płynu dializującego nie jest obojętnym. Najodpowiedniejszem miejscem do tych celów już przez to, że pocenie w stosunku do innych miejsc jest bardzo nieznaczne, jest grzbiet dłoni. Takie badania natrafiają w tem miejscu na jednakowe warunki u badanych, jak również są dla nich najmniej uciążliwe. Odpowiedni stopień kwasoty dla przenikania diastazy posiada powierzchnia skóry w tem miejscu nieobmywana bezpośrednio przed badaniem.

Ilościowe oznaczanie diastazy spotykało się z wielkiemi trudnościami z tego powodu, że nie znając dokładnie chemicznego składu tejże, nie można było znaleźć sposobu oddzielenia chemicznego tego zaczynu. Wobec tego droga do ilościowego oznaczania diastazy mogła być tylko pośrednią.

Wskazówką wyszukania odpowiedniego sposobu było znane działanie zaczynów. Według rodzaju działania różnią się zaczyny. Do karbohydraz czyli zaczynów rozszczepiających węglowodany należy diastaza, zdolna rozdzielać takie polisacharydy jak skrobia, glikogen. Z ilości więc rozłożonej skrobi obliczano ilość diastazy. Jednak ilościowe oznaczanie zaczynu diastatycznego na powierzchni skóry udało się dopiero po wielu błędnych próbach.

Znane są dwie możliwości oznaczania ilościowego diastazy. Jedną jest oznaczanie zapomocą sposobu fizyczno-chemicznego zmiany, jaka powstaje przez działanie diastazy w zastosowanym rozczynie skrobi lub glikogenu. Drugi sposób polega na zastosowaniu sposobów redukcyjnych dla oznaczania ilościowego, związków powstałych przez rozkład diastazą.

Sposób jodowy podany przez Wohlgemutha może służyć dla oznaczeń porównawczych, gdy przytem są równe warunki badania. Jednak nie nadaje się ten sposób do oznaczania tych małych ilości zaczynu, jakie w dializacie skórnym mogą się znajdować. Można więc było przypuszczać, że nefelometryczne oznaczanie, podane przez Ronę i Eweyka, może być odpowiedniem, gdyż sposób ten pozwala stopień zmętnienia, względnie wyjaśnienia rozczynu glikogenu po fermentacji z diastazą, w najmniejszych ilościach zapomocą optycznego sposobu nefelometrem rozpoznać. Wyniki otrzymane tym sposobem wykazywały u tych samych badanych tak wielkie różnice, że granice błędów w następstwie zbyt wielkiej czułości tego badania były za duże.

Wobec tego próbowano związki powstałe działaniem diastazy na skrobię oznaczać sposobem Hagedorna-Jensena. Okazało się jednak, że wyniki są zależne od jakości skrobi, gdyż skrobie nie są jednakowe, zależnie od sposobu otrzymywania. Dlatego w następnych badaniach zastąpiono rozczyny skrobi, rozczynem glikogenu.

Rozczyny glikogenu muszą być przed użyciem świeżo przygotowane, dają jednak przy tych badaniach zupełnie pewne wyniki. Najwięcej do tych badań nadaje się glikogen, otrzymywany z wątroby końskiej wyrobu Kahlbauma, spowodu niezawodnej czystości chemicznej tego przetworu.

---

[1]) Według wykładu wygłoszonego dnia 12. IX. 1933. w Sekcji Dermatologji XIV. Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

Badania wykonywane tym sposobem u osób zupełnie zdrowych wykazały, że w pewnych, zresztą nierozległych granicach, są ilości diastazy nie u wszystkich równe i że zachodzą różnice osobnicze między 50 a 70 jednostek diastatycznych. Na ilości diastazy zaznacza się wpływ przyjmowania pokarmów przed badaniem, a także jakość pożywienia. Po podaniu doustnem 100 g cukru gronowego występuje w pierwszych 2 godzinach powolne zwiększanie się ilości diastazy prawie o 100%. Potem następuje zmniejszanie się ilości diastazy, które w ciągu trzech godzin dochodzi do ilości, jaka była przed podaniem cukru gronowego. Jeszcze prędsze i silniejsze w tym kierunku działanie wywiera śródżylne wstrzyknięcie rozczynu cukru gronowego.

Ilość diastazy w dializacie przedstawia czuły wskaźnik, który pozwala spostrzegać przebieg działania pewnych czynników ujawniających swój wpływ na zmianę warunków na powierzchni skóry.

Dla dializowania zastosowałem naczyńka szklanne cylindryczne o przekroju podstawy 2.53 cm, a mające kształt dzwonkowy i przechodzące w górnej części w rurkowy przewód służący do wlewania płynu dializującego. Naczyńka te wykonano według wskazówek, które Marchionini i Ottenstein podają w swoich pracach. Dla przytwierdzenia naczyńka na skórze grzbietu dłoni można stosować klej polecany przez Marchioniniego a składający się z dokładnie ciepłą wodą wymytego celuloidu filmowego rozpuszczonego w acetonie. Ponieważ przyrządzanie i stosowanie takiego kleju jest dosyć uciążliwe, stosowałem w większości badań inny sposób używany również do tego celu przez poprzednich badaczy a polegający na umocowaniu naczyńka zapomocą metalowego pierścienia, przez który przechodzi elastyczna opaska, przytem jednak należy unikać nadmiernego ucisku, który wpływa na przenikanie diastazy.

Po wlaniu do naczyńka 4 cm^3 wody przekroplonej, poddawałem przez 5 minut dializie miejsce przykryte naczyńkiem. Wykonywanie oznaczeń ilościowych diastazy w dializacie wymaga niewielkiego urządzenia chemicznego. Wystarczają do tych celów oprócz zwykłych naczyń, jak kolbki, zlewki, pipety, łaźnia wodna, dwie dokładne biurety o podziałce na 0.02 cm^3. Do wykonywania oznaczeń potrzeba kilku roztworów mianowanych, jak n/200 żelazisinku potasowego, kwaśnego fosforanu potasowego o stężeniu molarnem 1/15 i obojętnego fosforanu sodowego o tem samem stężeniu i innych rozczynów, jak 3% kwasu octowego, 1% roztworu skrobi i rozczynu wodnego jodku potasowego z siarczanem cynkowym i chlorkiem sodowym. Jedna połowa dializatu służy dla oznaczenia ilości redukcyjnej, która odpowiada dokładnie, jak to Schaaf i Burkhardt doświadczalnie udowodnili, ilości cukru w dializacie.

Po rozcieńczeniu tej części dializatu wodą przekroploną w ilości 9.5 cm^3 dolewa się z biurety 2 cm^3 żelazisinku potasowego i ogrzewa się przez 15 minut na wrzącej łaźni wodnej. Do ochłodzonego płynu dodaje się pipetą 3 cm^3 rozczynu jodku potasowego z siarczanem cynkowym i chlorkiem sodowym i 2 cm^3 kwasu octowego. Po dodaniu 2 kropel roztworu skrobi oznacza się miareczkowaniem tiosiarczanem sodu uwolniony jod przez nadmiar żelazicyjanku.

Zużyta przy miareczkowaniu ilość tiosiarczanu jest równą odpowiedniej ilości glikozy według tablicy Hagedorna-Jensena.

W drugiej połowie dializatu oznacza się ilość diastazy. Do tej części dializatu, po dodaniu 0.3 cm^3 mieszanych rozczynów molarnych fosforanów dolewa się 0.1 cm^3 rozczynu chlorku sodowego i 9.1 cm^3 rozczynu 0.3% glikogenu świeżo przyrządzonego. Po dwugodzinnej fermentacji tego płynu na łaźni wodnej przy 40° ochładza się go dla przerwania fermentacji i poddaje się dalszemu badaniu tym samym sposobem i oblicza wynik również zapomocą tablicy Hagedorna-Jensena.

Odjęcie wyniku z poprzedniego badania od wyniku oznaczającego ilość diastazy daje wartość diastatyczną, która wyraża się w ilości jednostek diastatycznych. Dla wyłączenia wpływu pożywienia na ilość diastazy, dializowanie wykonywałem rano u badanych będących naczczo.

A. Marchionini i B. Ottenstein wykazali doświadczalnie, oznaczając ilości cukru i diastazy codziennie w tych samych dializatach, że przechowywanie dializatu wpływa ujemnie na wynik badania. Ilości tak cukru jak i diastazy zmniejszały się w miarę czasu, chociaż dializaty były przechowywane w lodowni. To zmniejszenie tych ilości występuje nierównomiernie we wszystkich dializatach, ale zaznacza się już po kilkunastu godzinach przechowywania dializatu. Dlatego też oznaczania cukru i diastazy w dializatach wykonywałem bezpośrednio po ich otrzymaniu.

Badania te wykonałem dotąd u 185 osób. Te ilości należy według rodzaju chorób dotyczących badanych podzielić na 5 grup.

Pierwsza grupa obejmuje badania kontrolne, wykonane u osób okazujących tylko rzeżączkę albo nieżyty cewki moczowej, ale które kiły nie przechodzili i okazały odczyn Wassermanna ujemny. W drugiej grupie znajdują się przypadki gruźlicy płuc i trzy przypadki nowotworów złośliwych. W tych chorobach wykonałem te oznaczenia dlatego, że w tych chorobach trafiają się przy badaniach serologicznych wskutek wzmożenia chwiejności koloidowej dodatnie odczyny Wassermanna, znane jako nieswoiste odczyny. Można więc było przypuszczać, że przy tych chorobach będzie występować zwiększenie ilości diastazy, jako wyraz ogólnych zaburzeń tkankowych.

Poniżej umieszczona tablica wykazuje wyniki otrzymane u 35 chorych na rzeżączkę i nieżyty cewki moczowej, jakoteż wyniki badania dializatów u chorych na gruźlicę płuc i nowotwory.

Tablica I.

Ilości jednostek diastatycznych w płynie dialitycznym skóry.

	Ilość przyp.	jednostki diastatyczne 31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91—100	101—110	111—120	121—130
		ilość przypadków									
Rzeżączka	21	3	7	4	5	2					
Nieżyt cewki mocz.	14	1	5	6	2						
Gruźlica płuc	5	1	2		2						
Nowotwory											
(ca. ventric.)	2		1	1							
(ca. intest.)	1		1								

W następnej grupie trzeciej znajdują się przypadki różnych chorób skórnych leczone w ambulatorjum szpitala Bonifratrów. W tej grupie wyniki badań mieściły się w granicach odpowiadających wynikom u badanych nieokazujących objawów chorób skórnych. W żadnym z badanych przypadków ilość diastazy nie przekraczała 80 jednostek, jak to wykazuje tablica II.

Tablica II.

Ilości jednostek diastatycznych w chorobach skórnych.

Rozpoznanie	Ilość przyp.	jednostki diastatyczne 31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91—100	101—110	111—120	121—130
		ilość przypadków									
Acne vulgaris	2	1	1								
Eczema chronic.	3		2	1							
Neurodermitis	3	1	1	1							
Pityriasis rosea Giberti	2		2								
Perniones	2		1	1							
Psoriasis vulg.	3		1		1	1					
Pyodermia	1					1					
Tuberculosis cutis luposa	2		1	1							
Ulcus cruris	2			1	1						

Przy oznaczeniach w dializatach ilości cukru i diastazy w cukrzycy znalazłem zgodnie z badaniami innych, zupełnie inne wyniki, jak u badanych zdrowych i kiłowych. Dlatego uważałem za konieczne wykonać badania ilościowe cukru i diastazy także we krwi tych chorych w celu porównania otrzymanych wyników z wynikami, tak zdrowych jak i kiłowych.

O pochodzeniu diastazy we krwi są różne zapatrywania. Wiadomem jest, że w znacznej części pochodzi z trzustki, ale również i z innych narządów. Według Oppenheimera diastaza krwi nie ma żadnej istotnej czynności, należy ją raczej uważać jako produkt wydzielniczy różnych narządów, który w pewnych ilościach ulega wessaniu a częściowo przechodzi do moczu. O istotnym udziale trzustki w znajdowaniu się diastazy świadczy to, że podwiązanie przewodu trzustkowego lub zatkanie tegoż przez kamienie, albo guzy powoduje zwiększenie ilości diastazy we krwi. Wyniki badań wykonanych we krwi chorych na cukrzycę nie są zgodne. W moczu tych chorych znajdowano przeważnie nieznaczne ilość diastazy. We krwi cukrzycowych Myers wykazywał zwiększenie ilości diastazy, Ghedini zupełny brak tego fermentu, Fuchs i Hetenyi znajdowali stale w swoich badaniach zwiększone ilości diastazy we krwi. Według Mockela i Rosta diastaza we krwi tych chorych jest znacznie zmniejszona w porówna-

niu do zdrowych. Także Marchionini i Ottenstein wykazali w swoich badaniach zmniejszone ilości diastazy we krwi chorych na cukrzycę, wyniki te, ich zdaniem, stoją w związku z zaburzeniami przemiany węglowodanowej u tych chorych.

Przy oznaczeniach cukru i diastazy we krwi, konieczne jest odbiałczenie krwi pobranej w tym celu z naczyń włosowatych. Wykonanie polega na zmieszaniu 0.1 cm^3 krwi z 1 cm^3 n/10 ługu sodowego i 5 cm^3 siarczanu cynkowego. Zmieszany płyn ogrzewa się przez 3 minuty na wrzącej łaźni wodnej, co powoduje strącenie się białka, a w odsączu dalsze badanie wykonuje się sposobem Hagedorna-Jensena.

Badania te wykonałem u 8 chorych na cukrzycę, którzy byli leczeni w ambulatorium szpitala Bonifratrów spowodu chorób skóry, świądu, czyraczności, wyprysków. Oznaczenia cukru i diastazy we krwi u tych chorych wykazały znacznie większe ilości cukru a mniejsze ilości diastazy, jak u 15 chorych kiłowych nieleczonych, u których te ilości równały się ilościom znalezionym u 12 zdrowych. Badania ilości diastazy w dializatach, jakie u tych 8 chorych na cukrzycę wykonałem, wykazały procentowo więcej okazujących ilość diastazy powyżej 80 jednostek, jak nawet u chorych kiłowych nieleczonych. Jednak większe ilości cukru, jakie w tych dializatach znajdowałem, odróżniają wyraźnie pod tym względem tych chorych od chorych kiłowych, u których te ilości cukru równają się ilościom w dializatach u zdrowych. Badania dializatów wykonałem u 114 kiłowych, znajdujących się w różnych okresach choroby. W tej liczbie badanych było 21 chorych okazujących wrzód pierwotny, 28 z kiłą drugorzędną, 16 okazujących zmiany kiły trzeciorzędnej i 49 niemających objawów chorobowych a będących w okresie kiły utajonej. Te badania wykazały, że u chorych kiłowych bardzo często, bo 63% przypadków, ilość diastazy w dializacie wynosi powyżej 80 jednostek diastatycznych. Wyniki otrzymane w grupie czwartej obejmującej chorych na cukrzycę i w grupie piątej, w którą włączyłem chorych kiłowych, podaje następująca tablica.

Tablica III.

Ilości jednostek diastatycznych u kiłowych i chorych na cukrzycę w płynie dialitycznym skóry.

	Ilość przyp.	31—40	41—50	51—60	61—70	71—80	81—90	91—100	101—110	111—120	121—130	131—140	141—150	151—160
		jednostki diastatyczne / ilość przypadków												
Lues I.														
nieleczeni	17				3	2	2	4	4	2				
leczeni	4				1	1	2							
Lues II.														
nieleczeni	12				1	3	2	4	1	1				
leczeni	16			1	5	3	6		1					
Lues III.														
nieleczeni	7				1	3	2	1						
leczeni	9			1	1	2	1	3	1					
Lues latens														
nieleczeni	19			2	1	4	5	6	1					
leczeni	30				3	5	11	8	2	1				
Diabetes	8				1	1	3	2	1					

Porównanie wyników badania diastazy u chorych kiłowych leczonych i nieleczonych wykazuje, że wogóle pod wpływem leczenia ustępuje zwiększenie ilości tego zaczynu w dializatach skórnych. Jednak otrzymywałem niejednokrotnie zwiększone ilości diastazy w dializatach u osób, które przeszły dłuższe dokładne leczenie i okazywały oddawna ujemny odczyn Wassermanna. Wpływ leczenia niezawsze zatem zaznacza się na zmniejszeniu diastazy. Wobec tego na podstawie utrzymującego się stale odczynu diastatycznego nie można stawiać wniosków w kierunku rokowania. Dalsze dopiero w tym kierunku badania obejmujące nietylko duże ilości chorych, ale prowadzone przez długoletni okres czasu mogą rozstrzygnąć, czy odczyn diastatyczny przy braku objawów chorobowych i ujemnym odczynie serologicznym nie jest objawem choroby. Odczyn diastatyczny świadczy o przebyciu kiły, brak jednak tego odczynu nie może być dowodem braku zakażenia kiłowego. Niezawsze bowiem dodatniemu odczynowi serologicznemu towarzyszy zwiększenie diastazy w dializacie skórnym, jak to wykazuje tablica następująca, porównująca wyniki badań diastazy, które wykonałem z odczynami Wassermanna.

Tablica IV.

Porównanie odczynów we krwi Wassermanna z ilością jednostek diastatycznych.

Ilość jednostek diastatycznych	31—40, 41—50, 51—60		61—70		71—80		81—90		91—100		101—110		111—120		121—130, 131—140, 141—150, 151—160
Odczyn Wasserm.	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	+	—	
Ilość przyp.	3	1	10	4	11	12	21	9	19	7	8	3	3	1	

Duże znaczenie odczynu diastatycznego i w kierunku rozpoznawczym wykazują także wyniki badań, jakie wykonałem według wskazań, zawartych w pracy Marchioniniego tak w przypadkach wrzodu pierwotnego, jak i kiły trzeciorzędnej. Z tego też powodu jako przykłady przytaczam następujących kilka spostrzeżeń.

Dnia 20. I. 1933 zgłosił się do przychodni przeciwwenerycznej L. Z. lat 28, żonaty, podróżujący, z bardzo nieznacznem owrzodzeniem, częściowo już wygojonem, na wewnętrznej powierzchni napletka, a trwającem od dwu tygodni. Badanie drobnowidowe na krętki blade wyciśniętej surowicy z owrzodzenia dało wynik ujemny, jak również badanie krwi na odczyn Wassermanna. Gruczoły pachwinowe obustronnie były niepowiększone. Cztery oznaczenia diastazy wykonane w odstępach kilkodniowych nie wykazały zwiększenia tejże. Ale 3. II. wystąpił odczyn diastatyczny w postaci zwiększenia ilości o 18 jednostek w porównaniu z poprzedniem badaniem. Następne oznaczenia wykazywały ilość diastazy utrzymującą się na tym samym poziomie, to jest wynoszącą około 90 jednostek diastatycznych. Trzykrotne następne badania na odczyn Wassermanna dały wynik ujemny i dopiero 18. III. wykazało to badanie odczyn dodatni.

W innym przypadku dotyczącym M. P. mężatki lat 30, chodziło o wykazanie, czy ta kobieta uległa zakażeniu od męża, który w następstwie pozamałżeńskiego spółkowania w dniu 10. XII. 1932 w 5 dni po ostatnim stosunku z żoną, spostrzegł owrzodzenie na żołędzi. Przy badaniu drobnowidowem stwierdziłem, że owrzodzenie jest wrzodem pierwotnym, u żony natomiast żadnych objawów chorobowych nie znalazłem i odczyn Wassermanna w dniu 12. I. 1933 był u niej ujemnym. Pierwsze oznaczenie diastazy u niej wykazało 56 jednostek i także przy kilku następnych oznaczeniach ilość diastazy się nie podniosła. Pierwsze podniesienie diastazy do ilości 84 jednostek wykazało badanie w dniu 25. I. Dodatni odczyn Wassermanna zjawił się u tej chorej dopiero w trzy tygodnie później.

Dnia 4. V. 1933 zgłosił się do ambulatorium szpitala Bonifratrów chory K. D. lat 43 z owrzodzeniem nieokazującem wyglądu wrzodu kilakowego na podudziu lewem dotąd leczonem, jako wrzód żylakowy. Na udzie prawem z tyłu okazywał ten chory blizny pozostałe po dwu owrzodzeniach, które przez dłuższy czas trwając, przed rokiem się zabliźniły. Chory zaprzeczał, jakoby miał przechodzić jakąkolwiek chorobę weneryczną. Ani żona, jak chory podawał, ani jego 2 dzieci nie miały mieć dotąd żadnych objawów chorobowych, wskazujących na zakażenie kiłą. Odczyn Wassermanna okazał się ujemnym. Wstrzykiwanie doskórne luetyny wyrobu kliniki dermatologicznej Uniwersytetu Lwowskiego dało niespodziewanie wyraźny odczyn dodatni. Dlatego wykonałem u tego chorego kilka oznaczeń diastazy. Ponieważ wszystkie oznaczenia wykazały ilość diastazy powyżej 90 jednostek, zastosowałem leczenie przeciwkiłowe, przy którem nastąpiło rychłe wygojenie owrzodzeń podudzia lewego.

W kile trzeciorzędnej i późnych okresach kiły utajonej, wielokrotnie przy ujemnym odczynie Wassermanna znajdowałem zwiększenie diastazy i także dodatni odczyn skórny po wstrzyknięciu śródskórnem luetyny lwowskiej, za udzielenie której na tem miejscu składam serdeczne podziękowanie Prof. Dr. Lenartowiczowi.

W wielu zatem przypadkach odczyn diastatyczny może zastępować brak dodatnich odczynów serologicznych. Odnosi się to głównie do przypadków kiły trzeciorzędnej, jak i przypadków kiły bezobjawowej w późniejszych okresach choroby. Zwiększenie ilości fermentu diastatycznego w płynie dialitycznym skóry chorych na kiłę należy uważać za następstwo odczynu tkanek skóry, spowodowanego wpływem krętków bladych i ich toksyn. Pod działaniem tychże, jako następstwo fizyko-chemicznych zmian w skórze, powstaje zwiększenie ilości tego zaczynu. Dlatego to zwiększenie ilości diastazy ma cechy odczynu swoistego dla kiły

I też doświadczenia tak poprzednio badających, jak i moje wykazały, że ten odczyn diastatyczny może mieć znaczenie rozpoznawcze przy uwzględnieniu jednak objawów chorobowych i danych wywiadów. Najwięcej korzyści praktycznie przedstawia wykonywanie tego badania w początkach choroby w okresie wrzodu pierwotnego. Wtedy, gdy badanie drobnowidowe nie wykazuje krętków a odczyn Wassermanna jest jeszcze ujemnym, powtarzanie oznaczeń diastazy może rozstrzygnąć przez wykrycie zwiększenia ilości tego zaczynu o rozpoznaniu choroby.

Piśmiennictwo:

1) Förtig: Arch. f. Dermat. 148, 1925. — 2) Gellhorn: Das Permeabilitätsproblem. Berlin. J. Springer. 1929. — 3) Grevenstuck: Ueber freien und gebundenen Zucker im Blut und Organen. München. Verlag Bergmann 1929. — 4) Hauptmann: Klin. Wschr. 1929. — 5) Ph. Keller: Klin. Wschr. 1929. — 6) Ph. Keller und Rein: Arch. f. Derm. 155. 1928. — 7) Marchionini und Ottenstein: Klin. Wschr. 1932. — 8) Moncorps: Arch. f. Dermat. 145. 1924. — 9) A. Müller: Arch. f. Dermat. 157. 1929. — 10) Oppenheimer: Lehrb. d. Enzyme 1927. — 11) Ottenstein: Klin. Wschr. 1931. — 12) Schaaf und Burckhardt: Arch. f. Dermat. 165. 1932. — 13) Thannhauser: Arch. f. Dermat. 145. 1924. — 14) Urbach und Sicher: Arch. f. Dermat. 157. 1929. — 15) Willstätter: Vortr. in der Freiburger chem. Ges. 1932. — 16) Wohlgemuht und Klopstock: Bioch. Zeit. 1926. — 17) Wohlgemuht und Nakamara: Bioch. Zeit. 1926.

Dr. Józef GRÜNHUT. Kraków.

Postępowanie w przypadkach ciąży powikłanej mięśniakami [1]).

Z Oddziału ginekologiczno-położniczego Szpitala św. Łazarza.
Ordynator: Doc. Dr. J. Szymanowicz.

Zagadnienie postępowania w przypadkach mięśniaków w ciąży, w czasie porodu i połogu, chociaż tak często w piśmiennictwie omawiane, nie straciło do dnia dzisiejszego na aktualności. Spostrzeżenia nasze w ostatnich latach przekonały nas, jak rozmaite stanowisko zajmują nawet lekarze specjaliści w przypadkach ciąży powikłanej mięśniakami, jak często mylić się można przy rokowaniu co do zajścia w ciążę przy istniejących mięśniakach. Aczkolwiek stanowią one po największej części przeszkodę zajścia w ciążę, to nigdy nie upoważniają do wykluczenia tej możliwości z całą stanowczością. Pouczający w tym kierunku jest przypadek opisany przez Schulzego, gdzie mimo mięśniaka podśluzowego, urodzonego do pochwy i wypełniającego jej 1/3 część, przyszło mimo tego do zapłodnienia. Większość zaś mięśniaków naturalnie również nie stanowi bezwzględnej przeszkody, przeważnie jednak utrudnia lub czasem uniemożliwia wręcz stwierdzenie badaniem istniejącej ciąży. W tych zaś szczególnych przypadkach, gdzie mimo istnienia mięśniaków, przyszło do zapłodnienia, obowiązani jesteśmy bardzo sumiennie rozważyć nasz sposób postępowania.

Z ogólnego zestawienia statystyk wynika, iż powikłania ciąży mięśniakami znachodzi się ogółem w nieznacznej liczbie przypadków w granicach mniejwięcej od 0.5—1% ogólnej ilości porodów. Te stosunkowo małe liczby tłumaczę występowaniem mięśniaków u kobiet w późniejszym wieku, gdzie ilość porodów wogóle się zmniejsza. Ten ostatni zaś fakt, iż często właśnie u starszych kobiet i to pierwiastek, spotykamy się z ciążą powikłaną mięśniakami, czyni to zagadnienie postępowania tem ważniejszem, iż od naszego wyboru zależeć będzie, czy dana kobieta wogóle będzie mieć jeszcze potomstwo.

Nie omawiając poszczególnych naszych przypadków, obserwowanych na oddziele III szpit. św. Łazarza, przedstawię tutaj tylko wytyczne naszego postępowania przy powikłaniach ciąży ze strony mięśniaków. Zaznaczę już na wstępie, iż w żadnym przypadku nie uważamy mięśniaków przy istniejącej ciąży za wskazanie do jej przerwania, albowiem samo przerwanie ciąży, pomijając nieraz techniczne trudności, stwarza możliwość zakażenia mięśniaka, a dalej i ogólnego, naraża tem samem chorą na duże niebezpieczeństwa, a w pomyślnym nawet przypadku nie usuwa zasadniczo jej cierpienia.

Rozważając wpływ ciąży na mięśniaki, zaznaczyć trzeba, iż wpływa ona na położenie, wzrost i odżywienie tychże. Najczęściej mięśniaki siedzące w miednicy małej, w miarę rozwoju ciąży z niej wychodzą i przestają być najbardziej obawianą mechaniczną przeszkodą porodową. Mogą się one układać na tylnej ścianie trzonu macicy tak, że w późniejszych okresach ciąży stają się niebadalne i nie dają żadnych objawów chorobowych. Te, które osiągnąwszy nadmierną wielkość, pozostają w miednicy małej, stanowią póżniej przeszkodę porodową i zmuszają wtedy zawsze do czynnej pomocy przy porodzie. Odnośnie do wzrostu, to mogą one w czasie ciąży rozwinąć się do znacznych rozmiarów, wykazując wzrost pozornie podobny do złośliwych nowotworów. Obok jednak wzrostu mięśniaków w ciąży, zauważyć czasami można i ich pomniejszenie, jak na to pierwszy Opitz zwrócił uwagę. Dalej mogą one również mieć rozmaity kierunek wzrostu, bądź ku otrzewnej, bądź ku śluzówce. Co się tyczy odżywienia guzów, to równolegle z rozszerzeniem się naczyń krwionośnych i limfatycznych w ciąży w zakresie narządu rodnego, znachodzi się i tutaj podobne zmiany w naczyniach mięśniaków. Ma to duży wpływ na konsystencję mięśniaków, które stają się przez to bardziej miękkie, więcej plastyczne, a przez to przestają być tak groźnem niebezpieczeństwem jako przeszkoda porodowa.

Najczęstszem i najgroźniejszem powikłaniem ciąży w każdym jej okresie stanowi obumarcie częściowe lub całkowite mięśniaka. Przychodzi do tego powikłania przez uciśnięcie naczyń krwionośnych doń dochodzących, przy ich zagięciu lub zaciśnięciu wskutek rozwijającej się macicy lub podniesieniu samego ciśnienia wewnątrzmacicznego. O tem powikłaniu osobno jeszcze poniżej wspomnę.

W dużej ilości przypadków ciąża, poród i połóg przebiegają bez powikłań. Dotyczy to głównie uszypułowanych mięśniaków podsurowiczych, które nie uległy skrętom, mięśniaków podsurowiczych albo śródściennych częściowo wychodzących z trzonu macicy. Nie mają one według statystyki Troela większego znaczenia dla ułożenia się płodu w jaju płodowem. Nieduży jest również ich wpływ na bóle porodowe. Przeciąganie się zaś porodu odnieść raczej należy, jak na to słusznie Schauta zwrócił uwagę, raczej do tak częstego w tych przypadkach, późniejszego wieku rodzących. W okresie trzecim częściej wpływają ujemnie na kurczenie się mięśnia macicznego i prowadzą do krwotoków spowodu niedowładu mięśnia macicznego. Naogół jednak przez stosowanie zwykłych środków zapobiegawczych udaje się je opanować. W okresie połogu najrzadziej tutaj występuje obumarcie mięśniaków lub ich zakażenie spowodu grubości ściany skurczonego mięśnia, oddzielającego je od jamy macicznej. Mięśniaki wychodzące z dolnego odcinka trzonu lub części nadpochwowej, podsurowicze i śródścienne są czasami przyczyną niekorzystnego ułożenia się płodu w jaju płodowem, a w czasie porodu prowadzić mogą przez zgniecenie do uszkodzenia płodu, do wypadnięcia lub uciśnięcia pępowiny. Mięśniaki podśluzowe, spotykane stosunkowo rzadziej, albowiem one same stanowią przeszkodę do zajścia w ciążę, przez zmiany atroficzne błony śluzowej nad niemi, stanowią poważne niebezpieczeństwo zwłaszcza w okresie trzecim. W całym szeregu przypadków stwierdziliśmy, iż już w okresie ciąży są przyczyną częstych bólów, bardzo przykro przez ciężarną odczuwanych. Dalej, wydaje się być prawdopodobnem, iż są czasem przyczyną łożyska przodującego, zwłaszcza gdy są liczne i zajmują górny odcinek trzonu. Miejsce przyczepu dla łożyska korzystniejsze jest wtedy w dolnym odcinku, aniżeli na zanikowo zmienionej błonie śluzowej trzonu. W okresie zaś rodzenia się popłodu stanowią ze zrozumiałych powodów zaburzenia w kurczeniu się mięśnia macicznego, zaburzając tem samem mechanizm ściągania się naczyń i normalny poród łożyska. Krwotoki atoniczne występujące wówczas są bardzo groźne i często zmuszeni jesteśmy do ręcznego usunięcia łożyska lub jego pozostałości, a wtedy właściwie dopiero możemy je stwierdzić i rozpoznać napewno. W okresie połogu przez bliskie sąsiedztwo z jamą maciczną najbardziej narażone są na zakażenie. W okresie zwijania się macicy są przyczyną krwawień, niekiedy w tym okresie samoistnie rodzić się zaczynają. Każdy zachowawczo-operacyjny zabieg, w tym okresie wykonany, naraża na wielkie niebezpieczeństwo zakażenia ogólnego. Dlatego też zawsze w tych przypadkach wykonujemy zabieg doszczętny usuwając macicę w całości, przeważnie przez jamę brzuszną. Powierzchnię ranną sączkujemy przez pochwę, pokrywając tylko częściowo od boków sączek otrzewną, w linji środkowej pozostawiając go wolno w jamie brzusznej. W ostatnich latach nie mieliśmy przy tych przypadkach żadnego zejścia śmiertelnego.

Wszystkie rodzaje mięśniaków mogą być przyczyną mechanicznej przeszkody porodowej, o ile osiągnąwszy pewną wielkość pozostają w miednicy małej. W tych wszystkich przypadkach jedynym sposobem rozwiązania przy żywym płodzie jest cięcie cesarskie. Każde inne postępowanie graniczy już z błędem sztuki lekarskiej, albowiem naraża rodzącą na zabieg operacyjny, uwieńczony w najlepszym wypadku nieżywem dzieckiem.

Ten powyżej naszkicowany podział schematyczny, rozumie się, iż w praktycznem zastosowaniu ulec musi szeregowi odchyleń

---

[1]) Według referatu wygłoszonego na XIV. Zjeździe Lekarzy i Przyrodników Polskich w Poznaniu.

indywidualnych. Najczęściej przecież spotykamy się równocześnie z całym szeregiem rozmaitych mięśniaków i od ich wzajemnego stosunku i ilości zależeć będzie nasze postępowanie. Stanowisko nasze jest naogół zachowawcze. Oczekujemy rozpoczęcia się bólów porodowych i przyglądamy się postępowaniu porodu. W przeważającej liczbie odbywa się on siłami natury. W razie wskazania do ukończenia porodu, kończymy go kleszczowo tylko wtedy, jeśli mamy korzystne warunki do założenia kleszczy, a więc rozwarte zupełnie ujście i ustaloną główkę. W przeciwnym wypadku wykonujemy cięcie cesarskie, jako zabieg w tych przypadkach najbardziej oszczędzający matkę i w odpowiednim czasie wykonany, dający możność uzyskania żywego dziecka. Odnośnie mięśniaków, to te usuwamy w danych przypadkach wraz z trzonem macicy przez nadpochwowe odcięcie, wyjątkowo tylko poprzestając na zachowawczym sposobie. Widzimy w nim za duże niebezpieczeństwo w czasie połogu dla zakażenia ogólnego. W przypadkach nisko usadowionych mięśniaków usuwamy macicę w całości, sączkując, jak to już uprzednio opisałem, jamę brzuszną przez pochwę. Odnośnie do zachowawczych zabiegów operacyjnych w czasie ciąży zaznaczyć muszę, iż nigdy zgóry nie mogąc przewidzieć, czy nie będą przyczyną poronienia lub nieczasowego porodu, jesteśmy im przeciwni. Tylko przy wyjątkowych wskazaniach, jak przy nieustępujących objawach obumarcia mięśniaka, będziemy wykonywać zabieg operacyjny. Wykonywanie zabiegów zachowawczych, podjęte w obawie, aby rozwijające się mięśniaki nie doprowadziły do poronienia lub nieczasowego porodu, jest nieuzasadnione. Dużo rzadziej, niż się to naogół zapatrywanie przyjęło, są mięśniaki przyczyną tychże. Rozpoczynającym się zaś poronieniom i nieczasowym porodom zapobiegamy przez ułożenie ciężarnej do łóżka i odpowiednio zastosowane leczenie. W tych zaś przyp., gdzie mimo tego nastąpiło poronienie lub nieczasowy poród, zabieg operacyjny miałby napewno ten sam skutek.

Obumarcie mięśniaków, jak to już wspomniałem, stanowi w czasie ciąży i połogu najczęstsze powikłanie. W czasie ciąży niezawsze jest ono wskazaniem do zabiegu, mimo występowania groźnych objawów, jak silnych bólów w zakresie jamy brzusznej, wymiotów, zaparcia wiatrów i stolca, wysokiej gorączki. Odczekanie końca ciąży w tych przypadkach daje możność uzyskania żywego dziecka, nie narażając matki na większe niebezpieczeństwo, aniżeli wtedy, kiedy odrazu wykonalibyśmy zabieg. Doświadczenie nasze pouczyło nas, iż w spostrzeganych licznych przypadkach groźne objawy obumarcia mięśniaka przeważnie mijają, pozostają tylko często bóle i stany podgorączkowe. W tych przypadkach przy dalszej opiece ciężarnej, staramy się o doprowadzenie ciąży aż do czasu uzyskania zdolnego do życia płodu, a wtedy wykonywujemy cięcie cesarskie. Stwierdzamy wtedy najczęściej po otwarciu jamy brzusznej przeważnie zlepy w otoczeniu obumarłego mięśniaka z otrzewną i siecią, które jednak nie przedstawiają większych trudności technicznych przy zabiegu. Tylko te nieliczne przypadki obumarcia mięśniaka dawać będą bezwzględne wskazanie do zabiegu, bez uwagi na okres ciąży, w których objawy otrzewnowe, mianowicie zaparcie wiatrów i stolca lub wysoka gorączka, mimo zastosowania odpowiednich środków, nie będą ustępowały.

W czasie połogu objawy obumarcia mięśniaka są bezwzględnem wskazaniem do zabiegu. Tak często w piśmiennictwie opisywane złe rokowanie tych operowanych przypadków nie zgadza się z naszem doświadczeniem, albowiem te przypadki, które przy pierwszych objawach w czasie połogu operowaliśmy, przebiegały bez powikłań. Złe rokowanie w istocie jest wtedy, jeśli przez nadmiernie długo wyczekujące stanowisko operujemy w czasie, kiedy mamy już do czynienia z ogólnem zakażeniem.

Tak więc, o ile przy porodach zajmujemy stanowisko naogół zachowawcze, o tyle w połogu w razie objawów obumarcia mięśniaka radzimy możliwie szybko wykonać zabieg, zwłaszcza gdy chodzić będzie o mięśniaki podśluzowe.

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. Stanisław BRÜCKNER. Bielsko.
Sekundarjusz Szpitala Powszechnego.

Leczenie przedziurawień macicy.

Szpital Powszechny Miejski w Bielsku na Śląsku.
Dyr. Radca Sanitarny: Dr. L. Reinprecht.

Całokształt sprawy przedziurawień macicy we wczesnych okresach ciąży, choć ma swoje olbrzymie piśmiennictwo — jednak musi mieć swoje słabe strony i wykazuje drobne napozór niedociągnięcia, gdyż ostatnia karta — a szczególnie co do leczenia nie została jeszcze zamknięta. Wiele prac poruszało klinikę przedziurawień, anatomo-patolog. zmiany, procentowe obliczenia częstości użycia narzędzia, którym przedziurawiono, lub okolicę i części uszkodzonej macicy — najczęściej wszystkie jednak prace poruszają sprawę leczenia operacyjnego, która — przy wgłębianiu się w odpowiednią literaturę — daje wrażenie falowania. Raz konserwatyzm, raz radykalizm, — zachować macicę, usunąć ją, dwa kierunki, które, jak świadczą ostatnie prace, ścierają się, walczą o prym w metodzie wyboru. Narazie daje się wyczuwać, iż metody konserwatywne zyskują coraz to więcej zwolenników. Czy na długo? Przyszłość pokaże. I prawdopodobnie powodem tego jest nietylko fakt, iż zwolennicy konserwatyzmu popierają swe stanowisko statystykami o dobrych wynikach, ale i utwierdzające się znaczenie macicy i jej funkcji, miesiączkowania dla organizmu, konstytucji i psychiki kobiety. Nieposlednią rolę odegrał wielki rozwój nauki o hormonach płciowych, których wielkie znaczenie dla harmonji fizjologicznej organizmu kobiecego podkreśliły epokowe badania Aschheima i Zondeka.

Macica i jej przydatki, to nie „mały folwarczek", na którym ginekolog może sobie rządzić jako „jedyny pan włości"; te narządy, to ważne centra, to czułe receptory, w całem tem ogromnem państwie zbudowanem z finezją, których usunięcie — li tylko z rozkazu bakterjologji odbije się zgrzytem w normalnem tempie maszyny organizmu kobiecego. Pod wpływem nowszych badań, podkreślających nam ten fakt, należy zawsze, o ile możności respektować macicę, ocenić dokładnie jej znaczenie i nie traktować jej jako narządu drugorzędnego. Te rozważania i jeszcze inne, o których poniżej wspomnę, skłoniły nas do zmiany radykalnego stanowiska co do leczenia operacyjnego przedziurawień macicy i sprawie tej pragnę parę słów poświęcić, opierając się na piśmiennictwie, szczególnie nowszem i na naszym, niestety szczupłym materjale. Nie będę poruszał innych nader doniosłych, a niebardzo jeszcze sprecyzowanych punktów spornych tej kwestji, choć dla lekarza-praktyka byłyby ważne, gdy mu przyjdzie wystąpić np. w roli biegłego i wydać orzeczenie o przebiciu macicy. Ta, powiedzmy, sądowa strona przebić macicy we wszystkich pracach ginekologicznych jest dość po macoszemu traktowana, nieraz z wielką szkodą dla lekarza-praktyka, jak i może dla medycyny sądowej, któraby wiele zyskała z obfitszego materjału ginekologicznego. Powody tego są jednak inne, choć nie całkiem zrozumiałe. Jak słusznie podkreśla Menge, unika się nad tem dyskuji, jakby nad czemś odstraszającem ze stanowiska uczuć koleżeńskich. Sam jednak twierdzi, że nie leży to przecież ani w interesie lekarzy, ani publiczności, a tylko utrudnia i tak niewdzięczne zadanie lekarza w roli znawcy sądowego. Zostawiając tę kwestję dla osób bardziej powołanych i miarodajnych, opiszę w krótkości nasze przypadki:

1) Chora lat 28, przerwanie ciąży w II L. M. spowodu gruźlicy płuc. Przebicie macicy. Oper.: *amputatio uteri supravaginalis.* Wyleczona. (Brak historji choroby. Ustna informacja).

2) L. p. 402/24, lat 39. Rodziła raz. Obecnie poroniła w III. L. M. Silny krwotok. Przystąpiono do wyskrobania macicy. Podczas rozszerzania rozszerzadłem Hegara, ten ostatni raptem posunął się zbyt głęboko. Po wyjęciu go silniejszy krwotok. Rozpoznano przebicie macicy. Resztki łożyska usunięto palcem, przyczem potwierdziło się przebicie macicy. Natychmiastowa operacja w uśpieniu eterowem: w jamie brzusznej skąpa ilość krwi płynnej. Macica wielkości II L. M., twarda. Na przednio-bocznej ścianie macicy, tuż poniżej ujścia jajowodu, otwór około pół cm szeroki. *Amputatio supravag.* Na preparacie stwierdza się, iż kanał przebicia drąży przez przednioboczną ścianę macicy, skośnie i ma długości około 2 cm. Wyleczona.

3) L. p. 2516/33, chora lat 19. Nie rodziła, nie roniła. Lekarz prywatnie przeprowadził przerwanie w II ½ L. M. Po gładkiem rozszerzeniu Hegarami, operator zaczął usuwać jaje płodowe łyżeczką, a później kleszczykami i manipulując niemi, widzi w pewnym momencie, że trzyma w kleszczykach i ściąga „coś białego", co nie należy do jaja płodowego. Zabieg zaraz przerwał i chorą przywiózł do szpitala. Stan przy przyjęciu: silna, rumiana dziewczyna. Nie krwawi. Macica nieco tkliwa na ucisk, odpowiadająca II L. M. Przydatki bez zmian. Tętno 84. Temp. 36.8°. Po przedstawieniu jej sprawy, nie zgadza się na natychmiastowy zabieg, odwleka decyzję, płacząc. Wreszcie na silne naleganie lekarzy i matki zgadza się w 15 godzin od przebicia na operację. Badanie przed operacją: przez pochwę, jak wyżej. Brzuch jednak nieco wzdęty, wyraźna ogólna obrona mięśniowa, bolesność przy ucisku. Wiatry wstrzymane. Tętno 96. Temp. 37.2°. Język wilgotny. W uśpieniu eterowem: cięciem podłużnem poniżej pępka otwarto jamę brzuszną. W jamie brzusznej skąpa ilość krwi płynnej, częściowo skrzepy krwi, zwłaszcza w jamie Douglasa. Surowicówka ścienna, jak i trzewna silnie nastrzykana, zmętniała. Odrazu rzuca się w oczy oderwana od krezki pętla jelita cienkiego (górna część jelita czczego) o sinem zabarwieniu, zmętniałej

zupełnie surowicówce. Resekcja 16 cm tej części jelita i połączenie końców *end-to-end*. Poczem wyciągnięto z miednicy macicę. Macica wielkości II L. M., twarda. Po stronie lewej, częściowo przechodząc na bok, tuż obok lewego rogu otwór poziomy długości około 2 cm, o brzegach nierównych szarpanych, silnie krwią podbiegniętych. Wycięcie dokładne całej rany przebicia, szew Sigwarta. Trójwarstwowy szew powłok brzusznych. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Rana zagoiła się *per primam*. Dziewczyna w 11. dniu opuściła szpital, zdrowa, niepomiernie zadowolona z zachowania jej macicy. Badanie histopatologiczne wyciętej rany z macicy, które przeprowadził kol. Dr. Pennecke, ze Śląskiej prosektury w Cieszynie, za co na tem miejscu jeszcze raz mu dziękuję, wykazało: *oedema interstitialis myometrii, degeneratio hyalinea partialis fibrillorum muscularium, infiltratio globocellularis gravis interstitialis disseminata partim conglomerata, haemorrhagiae interstitiales myometrii et segmentatio traumatica fibrillorum muscularium.*

4) L. 304/33. Chora lat 27. Rodziła raz. Jedno poronienie w VI. L. M. z bardzo silnym krwotokiem tak, że potem podano jej „sól" podskórnie. Przed dwoma laty przerwanie ciąży w narkozie eterowej spowodu gruźlicy płuc. Po zabiegu lekarz opowiadał jej, że zabieg był bardzo ciężki i trudny, gdyż macica była miękką, jak „flak". Obecnie przerwanie ciąży w III L. M. spowodu daleko posuniętej gruźlicy płuc ze stanami gorączkowemi. Zabieg przeprowadzony na usilne żądanie chorej w narkozie eterowej. Przy rozszerzeniu szyjki natrafił operator na wielkie trudności spowodu jej niepodatności tak, że trzeba było przy wkładaniu Hegarów użyć pewnej siły i przytem zauważył, że po wyjęciu każdego Hegara z macicy tryskała wprost strumieniem płynna krew. Po ostrożnem rozszerzeniu do 15. Hegara zaczął łyżką i kleszczykami usuwać jaje płodowe, przyczem odrazu podejrzane mu było, że oba narzędzia wchodzą aż po rękojeść do macicy, co jednak odnosił do daleko posuniętej ciąży i do miękkiej konsystencji macicy, która zupełnie nie reagowała na śródżylne zastrzyki „hipofizyny". Operator ostrożnie wyjął dwa małe płody i część łożyska i raptem zauważył, że ciągnie kleszczykami jakąś tkankę koloru żółtego, przypominającą tłuszcz. Rozpoznawszy przebicie, gdyż ową żółtą tkanką była sieć, zabieg przerwał. W szpitalu zaraz przystąpiliśmy do zabiegu. W uśpieniu eterowem: cięcie poniżej pępka. W jamie otrzewnowej duża ilość krwi płynnej. Częściowo rozerwaną i krwawiącą sieć resekowano. Macica duża odpowiadająca III L. M., bardzo miękka, flakowata. W dnie jej, na ścianie przedniej, duża poprzeczna około 3 cm długa rana, sięgająca swym lewym końcem do lewego rogu macicy. Brzegi rany nierówne, szarpane, miażdżone, silnie podbiegnięte krwią. Wycięcie rany, szew Sigwarta, oczyszczenie jamy otrzewnowej z krwi, sterylizacja *modo* Madlener. W macicę wstrzyknięto hipofizynę i ergotynę i zauważono w przeciągu 4—5 sekund silny skurcz macicy i białawe jej zabarwienie. Trójwarstwowy szew powłok brzusznych. Przebieg pooperacyjny gładki. Rana zagojona *per primam*. Charakterystycznem jest, iż chora, nadzwyczaj inteligentna, po operacji przez szereg dni ciągle dopytywała się lekarzy i prosiła o zapewnienie, czy jej naprawdę pozostawiono macicę i czy rzeczywiście będzie miała miesiączkę.

Jak wyżej wspomniałem, brak do tej pory ujednostajnienia w sposobie leczenia operacyjnego przebić macicy. Pomijam zaś zupełnie kwestję bezoperacyjnego leczenia, które dzisiaj ma tylko nielicznych zwolenników (Gräfenberg, Sjergeef, Laubenburg). Każdy przecież przyzna, że metoda ta byłaby najidealniejszą, gdyż unika się wstrząsu psychicznego i operacyjnego, chociażby w myśl słów Biera, że być operowanym nie jest zdrowo. Metoda ta jednak jest wprost nieodpowiednią dla logicznie myślącego lekarza, a ma bardzo wysoki procent chorobowości i śmiertelności (53%, Schweitzer). Prawda, że może wiele przebić macicy wygoi się bez operacji, a nawet bez naszej wiedzy (Stoeckel). Ale czem zwykle okupione są te wyniki? Długą, wyniszczającą, wysokogorączkową chorobą. Osobiście w pamięci mam dwa przypadki przebić leczone konserwatywnie, u których wyniszczająca, bolesna *pelveoperitonitis* trwała szereg tygodni i doprowadziła do pożałowania godnego stanu tych kobiet, zmniejszając ich zdolność do pracy spowodu trwałych dolegliwości. Lederhändler opisuje zmiany w miednicy małej u kobiety, która przeszła rozlane zapalenie otrzewnej na skutek przebicia macicy, a u której stałe dolegliwości zmusiły go do laparotomji. Zmiany te w postaci rozwlekłych zrostów i torbieli rzekomych dały wskazanie do usunięcia macicy. Bardzo rzadko leczenie konserwatywne daje zadawalniające wyniki, a takim był następujący przypadek (ustna informacja danego lekarza). U chorej lat 27 przeprowadzał lekarz przerwanie ciąży w II L. M. spowodu gruźlicy płuc. Rozszerzenie ujścia i wyjęcie jaja płodowego łyżeczką poszło gładko. Przy płókaniu zauważył operator, że cewnik wchodzi bardzo głęboko i skośnie w prawo, przy płókaniu zaś wodą sterylizowaną o ciepłocie 45° chora skarży się na kolosalne bóle dołem brzucha. W szpitalu ostrożna kontrola rozszerzadłem Hegara potwierdziła rozpoznanie przebicia, idącego głęboko w prawe przymacicze. Na proponowaną operację i otwarcie brzucha, chora absolutnie nie chciała się zgodzić. Zaordynowano spokój, leżenie, okłady na brzuch i ergotynę *per os*. Przebieg zupełnie gładki, bez gorączki, krwawień lub bólów. Chora na 11 dzień opuściła szpital zdrowa.

Są to jednak przypadki rzadkie i one nie mogą służyć nam jako przykłady i wskazówki. Mojem zdaniem odpada dyskusja co do pytania jak leczyć przebicia macicy. Odpowiedź jest tylko jedna: chirurgicznie. Dla uzasadnienia leczenia chirurgicznego pozwolę sobie przypomnieć słowa wytrawnego i doświadczonego ginekologa, prof. Zubrzyckiego. Podkreśla on wyraźnie, że tylko zabieg chirurgiczny pozwala nam dokładnie poznać skaleczenie macicy, ewentualnie także stwierdzić jeszcze inne obrażenia otoczenia; tylko zabieg chirurgiczny pozwala dobrze nam się zorjentować w przypadku, opanować krwotok, opatrzyć częste uszkodzenia narządów sąsiednich i ustalić linję postępowania na podstawie pewnych, krytycznie ocenionych spostrzeżeń i faktów. Logicznie, jasno i aż zbyt zrozumiale określone wskazania, by coś dodać lub ująć; tych wskazań i my się trzymamy.

Lecz w tem leczeniu chirurgicznem nie jesteśmy jednak tak radykalni jak Zubrzycki, Peham i Katz, Latzko, Schauta, Halban, Liepmann-Wels. Staramy się usilnie zachować macicę, podobnie jak czyni to cały szereg autorów: Sigwart, Barski, Franz, Fehim, Herpus, Frommolt, a właściwie postępowanie nasze jest indywidualne z tendencją metody zachowawczo-operacyjnej (Hammerschlag, Joseph, większa część autorów w czasie dyskusji nad tym tematem w berlińskiem Tow. Ginek.). Do stanowiska tego skłoniły nas następujące rozważania: z metod leczenia operacyjnego stoją nam trzy do dyspozycji: jedna zachowawcza szwu macicy *modo* Sigwart i dwie radykalne: *amputatio supravaginalis i exstirpatio totalis*. Porównując wyniki otrzymane temi sposobami, zupełnie nie można pewnie stwierdzić, że metoda radykalna jest bez konkurencji. Ci autorzy, którzy otrzymali dobre wyniki zupełnem usunięciem macicy, nie mogą przecież twierdzić, jakie zejście miałyby ich przypadki, bodaj niektóre, jeśliby były operowane metodą Sigwarta. Naturalnie nie ulega wątpliwości, że pewne przypadki muszą być operowane tylko radykalnie, gdyż ten sposób ułatwia nam sączkowanie jamy otrzewnej przez pochwę, jak słusznie podkreśla Zubrzycki. Czy jednak tą metodą potrafimy duży procent tych ciężkich i t. zw. późnych przypadków uratować? To jest rzecz wątpliwa. Wynika teraz kwestja, czy operować tak radykalnie wypadki mniej skomplikowane, mniej cięższe, wczesne. Uważam, że w tych przypadkach nie potrzeba być tak radykalnym. Istnieje cały szereg autorów, którzy otrzymali dobre wyniki metodą Sigwarta, a w pewnej grupie przypadków nawet lepsze niż zupełnem usunięciem macicy. I tak Frommolt w pracy swej opartej na materjale kliniki berlińskiej (dokładnych tablic statystycznych nie odpisuję) dochodzi do przekonania, że los kobiety, której przebito macicę ciężarną, rozstrzyga się w chwili przebicia i zależy od zjadliwości zarazków wprowadzonych przebijającem narzędziem i od odporności organizmu. Jeżeli dzięki siłom obronnym organizmu kobieta wyjdzie cało z tej całej opresji, to pocóż wyjmować jej macicę, czynić ułomną, pozbawiać zdolności miesiączkowania, rodzenia i uczucia pełnowartościowości. Bardenhewer przytacza 21 przypadków przebić macicy, wszystkie operowane zachowawczo, bez zejścia śmiertelnego. Podobnie Joseph i Hammerschlag. W naszych przypadkach jeden z nich według klasyfikacji Frommolta nazwaćby trzeba późnem i komplikowanem oderwaniem jelita; samo przebicie i jego charakter były takie, iż radykalny operator byłby bezwzględnie przeprowadził *exstirpatio totalis* i dobre zejście zaliczył na korzyść metod radykalnych. Z tem większem zadowoleniem cieszymy się z dobrego wyniku naszego konserwatywnego stanowiska. Jeżeli więc radykalne metody z usunięciem macicy w przypadkach lżejszych, wczesnych i niebardzo skomplikowanych nie dają absolutnie lepszych wyników od metody Sigwarta, w przypadkach zaś cięższych i późnych nie dają 100-procentowych wyników, a nawet u niektórych autorów konkuruje i tutaj szew macicy — to pocóż poświęcać dla ujemnych wyników macicę i przenosić to na wypadki, które można operować konserwatywnie i bez usunięcia macicy i mieć dobre wyniki. Przecież nie można pominąć i nie brać pod uwagę sił obronnych organizmu, jego odporności, no i wreszcie niedoceniać ważnej roli macicy u kobiety. Stan odporności przecież, według Frommolta, jest tutaj rozstrzygający i dlatego autor zwraca uwagę i podkreśla ważność leczenia pooperacyjnego, mającego na celu podniesienie sił obronnych organizmu, leczenia, o którem dokład-

nie tutaj pisać nie będę, jak również nie będę podkreślał na tem miejscu potrzeby dokładnej znajomości techniki operacyjnej, a w szczególności dokładności szwu macicy metodą Sigwarta, który przecież stanowi główną podstawę operacji zachowawczej.

Pewnie, że rozważając teoretycznie, można mieć pewne skrupuły, pozostawiając przebitą, ciężarną macicę, gdy uważa się ją — jak słusznie twierdzi Zubrzycki — dzięki właściwościom ciąży i połogu, jako nieodpowiednią i niezdolną do spraw reparacyjnych; można mieć obawę szybszego niż normalnie osadzania się zarazków, dobrego ich rozwoju w pozostawionych ewentualnie resztkach jaja płodowego; jednem słowem pozostawiamy iskrę, która wznieci lub będzie nam podtrzymywać groźny pożar organizmu. Wszystko to prawda! Lecz już Goethe w „Fauście" mówi ...„szarą jest każda teorja". Przecież i w tej macicy połogowej odbywają się procesy, których zadaniem będzie zwykle zlokalizowanie ogniska zapalnego, odgraniczenie go przez naciek komórkowy, otaczający ognisko, wał ochronny, który i myśmy histologicznie wykazali w jednym z naszych, ciężkim przypadku. A przecież zwijanie i silny skurcz macicy, na który możemy wpłynąć naszemi środkami farmakologicznemi, co również widzieliśmy w ostatnim naszym przypadku, — i z tem połączone zamknięcie światła naczyń, nie jest obojętne w tej walce prowadzonej głównie przez siły obronne organizmu. Toteż w naszych przypadkach zawsze podajemy zaraz, o ile stan pooperacyjny na to pozwala, ergotynę w kombinacji z chininą i *calcium lacticum*. Takie wnioski można wysnuć operując zachowawczo przebicie macic ciążowych, tego nas uczy nasze doświadczenie lekarskie w naszej codziennej walce z ogniskami zapalnemi w chirurgji i położnictwie, to nam pokazuje praktyka w przeciwieństwie do różnych rozważań teoretycznych. A przytem zawsze mamy wewnętrzne zadowolenie, żeśmy danej kobiecie pozostawili macicę, żeśmy jej nie pozbawili tego organu, będącego niejako aksjomem jej kobiecości. Bo rola macicy w świetle nowszych badań jest bardzo ważną i o niej choć parę słów wspomnę. Że usunięcie macicy w wysokim procencie przypadków sprowadza pewne objawy, nieraz dość dokuczliwe, których przyczyną jest odpadnięcie jakiejś dokładnie nam nieznanej funkcji macicy, o tem świadczą ostatnie prace: Erdmanna, Kraula, Junge, Aschnera, Maxvella. Różni autorzy też różnie tłumaczą sobie rolę, jaką odgrywa macica. Aschner uważa ją, jako główny organ wydzielniczy „menotoksyn", których retencja ma być przyczyną objawów wypadnięcia funkcji macicy. Opitz podziela Aschnerowskie poglądy wydzielnicze, lecz przyczyną zaburzeń według niego ma być gromadzenie się pewnych produktów przemiany materji w jajniku, którego czynność ulega zaburzeniu, teorja, której słuszności mają dowodzić badania stężenia hormonów we krwi wahających się w okresach miesiączkowych (Zondek, Hirsch, Frank).

Jest wielu, którzy widzą w macicy organ o charakterze funkcyj dokrewnych, hormonalnych (Pankow, Fellner, Serdjukoff). Ancel, Bouin, Fraenkel a także Forneo i Keiffer wskazują na pewne zbiorowiska komórek w macicy, fabrykę hormonów macicy i nazywają je „*glande myométriale endocrine*". Są i tacy, którzy zaburzenia po usunięciu macicy widzą w urazie operacyjnym naczyń jajnika *(ramus ovaricus art. uterinae)* lub też samego jajnika, a więc w niedomodze jajnika (Burckhardt, Keitler, Vineberg). Które zapatrywanie jest właściwe i słuszne, trudno dzisiaj rozstrzygnąć. To jednak musimy przyjąć, pomimo braku ściśle sprecyzowanych dowodów naukowych, że w miesiączce musimy dopatrzeć się czegoś więcej, aniżeli tylko deskwamacji błony śluzowej w razie niezapłodnienia jajka. Który z tych objawów pooperacyjnych należy kłaść na konto braku funkcji macicy, a który na karb niedomogi jajników, również trudno rozstrzygnąć, gdyż usunięcie macicy oddziaływuje na jajnik progresywnie. Niektóre z tych objawów mają za przyczynę jednak usunięcie macicy, gdyż występują już w czasie, kiedy jajniki jeszcze nie mogły ulec degeneracji. I tak Frommolt przytacza, że 50% kobiet po wyjęciu macicy z pozostawieniem jajników, skarżyło się na różne dolegliwości, podobne do klimakterycznych. Nie wspominam już o specjalnem znaczeniu miesiączkowania podkreślonem przez Kesslera.

Toteż uznając słuszność tych poglądów, a podkreślających ważność i znaczenie miesiączkowania, w ostatnim z naszych przypadków z gruźlicą płuc, celowo zachowaliśmy macicę, przeprowadzając sterylizację *modo* Madlener, gdyż — chociaż według słów ś. p. prof. Rosnera „miesiączka dla organizmu kobiety jest luksusem", — to jednak jesteśmy zdania, że najlepiej, w najwłaściwszym czasie wyzbędzie się tego luksusu sam organizm, który zapewne jako czuły na zaburzenia chorobowe swych sił żywotnych, potrafi w odpowiedniej chwili wstrzymać miesiączkę, jako coś dla niego szkodliwego.

Te rozważania skłoniły nas do zachowawczo-chirurgicznego leczenia przebić macicy, rozważania oparte na przestudjowaniu piśmiennictwa, wyników i metod innych klinik, no i na naszym do tej pory szczupłym materjale. Tego konserwatywno-indywidualnego kierunku będziemy się trzymać i w przyszłości, czekając, czy doświadczenie na liczniejszym materjale potwierdzi nasze wytyczne.

WP. Dyrektorowi, Radcy Sanit. Dr. L. Reinprechtowi za łaskawą pomoc kliniczną, poparcie i uwzględnienie mej pracy składam serdeczne podziękowanie.

Piśmiennictwo:

Zubrzycki: Niepowikłane przebicia macicy i t. d. - A. Rosner: Ginekologja. — Stoeckel: Geburtshilfe. — Lenczowski: P. G. L. Nr. 32—33. 1931. — Chrzanowski: P. G. L. 1931. Nr. 10. — Garbień: P. G. L. 1931. Nr. 44. — Cieczkiewicz i Ulma: P. G. L. 1931. Nr. 4. — Ross: P. G. L. 1932. Nr. 7. — Syrowatko: Mschrft. f. Geb. u. Gyn. Bd. XCIII. Hft. 1—2. — Seisser: Zschrft. f. Geb. u. Gyn. Bd. CIII. Hft. 1. — Frommolt: Zbl. f. Gyn. 1932. Nr. 25. — Heynemann: Zbl. f. Gyn. 1925. Nr. 23. — Heynemann: Zbl. f. Gyn. 1932. Nr. 47. — Warschawer: Zbl. f. Gyn. 1932. Nr. 41. — Beckmann: Zbl. f. Gyn. 1931. Nr. 20. — Baum: M. m. W. 1922. Nr. 31. — R. C. Harkness: Brit. med. journ. 1920. November. 1913. — Frank: J. amer. med. Assoc. 90. 106 cytow. wedłg. A. v. Arway i H. Meyer: Zbl. f. Gyn. 1932. Nr. 4. — Sigwart: Zbl. f. Gyn. 1922. Nr. 12. — Sigwart: Zbl. f. Gyn. 1922. Nr. 45. — Lederhandler: Zbl. f. Gyn. 1933. Nr. 16. — Stoeckel: Zbl. f. Gyn. 1922. Nr. 35. — Bardenhewer: Zbl. f. Gyn. 1933. Nr. 11. — Halban: Zbl. f. Gyn. 1912. Nr. 16. — van de Velde: Zbl. f. Gyn. 1933. Nr. 4. — Aschner: Arch. Gyn. 124 1924. — Aschner: Z. Geburts. 89. 1925. — Aschner: Zbl. f. Gyn. 1927. Nr. 10. — Aschner: Wien. Klin. Wschr. 1926. Nr. 4. — Westmann: Zbl. f. Gyn. 1929. Nr. 41. — Kessler: Soz. Med. 132. Nr. 9 — Sack: M. m. W. 1933. Nr. 1. — Heyn: Klin. Wchschrft. 1922. Nr. 26. — Heyn: Zschrft. f. Geb. u. Gyn. Bd. 87. 1924. — Katz: Zbl. f. Gyn. 1925. Nr. 50. — Liepmann: Med. klin. 1922. Nr. 4, 35. — Laubenburg: Zbl. f. Gyn. 1929. Nr. 19. — Sjergeef: Zbl. f. Gyn. 1928. Nr. 51. — Burckhardt: Z. Geburts. 43. 1900. — Serdjukoff: Arch. Gyn. 118. — Hirsch: Arch. Gyn. 133. — Köhler: Zbl. f. Gyn. 1927. — Kraul: Wien. Klin. Wschr. 1926. Nr. 11 i 24. — Erdmann: Zbl. f. Gyn. 1927. — Frommolt: Fortschr. ther. 1932. Nr. 8. — Ancel-Bouin: C. r. Assoc. Anatom. Paris 1911, cytow. wdłg. Fraenkel. — N. Vineberg: Surg. i t. d. refer. Zbl. f. Gyn. 1916. — Zondek: cytow. wdłg. A. v. Arway i H. Meyer Zbl. f. Gyn 1932. Nr. 4.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Ludwik ROSTKOWSKI. Wilno.

Odwracadło powiek w leczeniu jaglicy.

Stosowanie odwracadeł nietylko ułatwia rozpoznawanie jaglicy *), ale oddaje również duże usługi przy jej leczeniu. Umożliwiając dokładne oglądanie całego worka spojówkowego, odwracadło jednocześnie stwarza mocną i twardą podstawę dla odwróconej powieki. Obie te okoliczności ułatwiają wykonanie na spojówce wygniatania ziarn jagliczych i wszelkich innych zabiegów mechanicznych, stosowanych przy leczeniu jaglicy (masaże i t. p.). O wyciskach ziarn na odwracadle swego pomysłu przy pomocy specjalnego przyrządu, mówił na Zjeździe Okulistów w Wiedniu Brana *(Centr. f. Ges. Opht.* Nr. 7 z r. 1922). Zasadniczo podobną metodę wygniatania ziarn jagliczych na odwracadle mego opracowania przy pomocy szklanej pałeczki opisywałem w roku 1924 (Lekarz Wojskowy Nr. 9. „W sprawie chirurgicznego leczenia jaglicy"). Technika tego zabiegu przedstawia się jak następuje. Po zakropieniu kokainy, odwraca się powiekę zapomocą odwracadła; następnie szklaną pałeczkę przykłada się do spojówki jaknajbliżej gałki ocznej równolegle do szpary ocznej (rys. 1 przedstawia wyciski na spojówce powieki górnej; rys. 2 wyciski na spojówce powieki dolnej). Dalej następuje energiczne przesunięcie pałeczką szklaną po spojówce w kierunku krawędzi powiekowej z jedno-

*) Patrz tegoż autora: Nieporozumienia w rozpoznawaniu jaglicy; Polska Gaz. Lek. Nr. 16. 1933. r.

czesnym mocnym uciskiem na spojówkę rozciągniętą na twardej podstawie — odwracadle. O ileby jednorazowego przesunięcia pałeczką po spojówce nie wystarczyło i część jagieł pozostałaby, szklaną pałeczkę przesuwa się ponownie. Zwolennicy głębszego i bardziej radykalnego zeskrobywania spojówki przy jaglicy mogą zamiast szklanej pałeczki zastosować tutaj jakiś instrument ostry, np. łyżeczkę A u b a r e t i t. p.



Ryc. 1.



Ryc. 2.

Omawiając szczegółowo tę metodę stwierdziłem już w roku 1924 następujące jej zalety: 1) operowanie w polu zupełnie widocznem, 2) prostota techniki, t. j. szybkość i łatwość zabiegu, oraz łatwość zachowania aseptyki (szklana pałeczka), 3) minimalny odczyn zapalny po zabiegu, 4) bardzo mała bolesność, 5) jednakowe wygodne operowanie na górnej i dolnej powiece.

Klinika oczna U. S. B. w Wilnie i oddziały okulistyczne Czerwonego Krzyża od szeregu lat posługują się tą metodą. Również uzyskała metoda ta duże rozpowszechnienie wśród lekarzy prowincjonalnych. Osobiście dokonałem lub przy moim oddziale zostało dokonanych takim sposobem kilkanaście tysięcy wycisków, które w zupełności potwierdzają powyżej przytoczone zalety tej metody. Jest ona bardzo łagodna. Nigdy nie obserwowałem uszkodzeń spojówki ani też jakichkolwiek znaczniejszych odczynów zapalnych. Chorzy dorośli i dzieci znoszą ten zabieg bardzo lekko. Metoda ta, zdaniem mojem, może znaleźć zastosowanie tak w klinikach i szpitalach, jak też i przedewszystkiem w przychodniach przeciwjagliczych, gdzie przy często bardzo dużym materjale brak jest nieraz czasu i odpowiednich urządzeń.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Stanisław KARASIŃSKI i Dr. Stefan RYGLICKI. Kraków.
Asystenci Kliniki.

Zagadnienie badań zbiorowych w zwalczaniu gruźlicy.

(Na podstawie wyników badań kandydatów do studjów na U. J. w latach szkolnych 1932/33 i 1933/34).

Z II. Kliniki Chorób Wewnętrznych U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. J. L a t k o w s k i.

I.

Działalność przeciwgruźlicza wśród młodzieży akademickiej U. J. w Krakowie przechodziła różne skolei okresy rozwoju, jak o tem zdano sprawę w 1931 r. na IX. Zjeździe Internistów Polskich.

Poczynając od ambulatorjum dla studentów, poprzez badania okresowe mieszkańców domów akademickich prowadzone głównie w kierunku gruźlicy, doprowadzono do utworzenia poradni przeciwgruźliczej, która miała za cel przeprowadzić badanie i rejestrację całej młodzieży studjującej na uniwersytecie. W poradni tej, czynnej od 1930 r., przyjęto metodykę badania identyczną z tą, jaką od 1928 r. rozpoczęli różni badacze stosować w badaniach większych zbiorowisk ludności, a mianowicie wszystkich bez wyjątku zgłaszających się badano internistycznie i radjologicznie. Należy zauważyć, że niezbędność badania radjologicznego w gruźlicy płuc podnosił prof. L a t k o w s k i w tymże roku i niejednokrotnie później, w odczycie i dyskusjach w Krak. Tow. Lekarskiem.

Poradnia wspomniana, aczkolwiek rejestracji całej młodzieży akademickiej nie zdołała przeprowadzić spowodu swego nieobowiązkowego charakteru, to jednak, poza działalnością leczniczą i profilaktyczną, o tyle jeszcze spełniła swoje zadanie, że przygotowała wśród młodzieży akademickiej grunt pod przyszłe badania obowiązkowe. Młodzież uniwersytecka w Krakowie odniosła się bowiem do badań obowiązkowych, jako podjętych przedewszystkiem w jej interesie, z pełnem zrozumieniem i z jej strony w ciągu badań nie napotkaliśmy na żadne przeszkody.

Jak wiadomo, myślą podstawową badań zbiorowych w kierunku gruźlicy stał się fakt, nieulegający już żadnej wątpliwości, że wczesne rozpoznanie gruźlicy płuc, w okresie dla jej leczenia korzystnym, jest możliwe tylko z pomocą badania radjologicznego. Na podstawie licznych spostrzeżeń poczynionych w ostatnich latach okazało się bowiem, że wśród osób pozornie zdrowych, czujących się dobrze, a co ważniejsze, niewykazujących przy badaniu fizycznem żadnych zmian, znajdowano tą drogą, i to stosunkowo często, czynne zmiany gruźlicze płuc.

Z tego założenia wychodząc, w pierwszych badaniach zbiorowych zwrócono uwagę przedewszystkiem na takie grupy nowoczesnego społeczeństwa, dosyć ściśle w sobie zamknięte, jak np. wojsko oraz młodzież szkolną i uniwersytecką, ponieważ wczesne wykrycie osobników gruźliczych mogło mieć nietylko znaczenie dla samych chorych, ale przez usunięcie źródeł zakażenia, pozwalało skutecznie zapobiegać szerzeniu się choroby w danem środowisku.

Badania masowe w wojsku szwajcarskiem wprowadzono w 1928 r.; w wojsku niemieckiem rozpoczęto takie badania w 1931 r., na większym aniżeli w Szwajcarji materjale badanych (38.041 poborowych). W tej liczbie stwierdzono 64 przypadków gruźlicy czynnej (1.68% badanych), z tego otwartej 34 przyp. (0.89% badanych); za użytecznością tych badań w wojsku i organizacjach zbliżonych przemawiają również względy społeczne i ekonomiczne, a mianowicie wydatne zmniejszenie kosztów leczenia i ograniczenie wydatków z tytułu odszkodowań i rent (prof. F r a n z i M ü l l e r).

Problem zwalczania gruźlicy drogą wczesnego jej wykrywania jest szczególnie doniosły na terenie życia uniwersyteckiego. Młodzież akademicka, ze względu na jej przygotowanie do przyszłego kierowniczego udziału w życiu narodu, jest bowiem tą szczególnie wartościową częścią społeczeństwa, której zdrowie przedewszystkiem powinno być chronione. Młodzież ta, właśnie w okresie swoich studjów często zapada na gruźlicę płuc, gdyż sprzyjają temu zarówno wiek jak i ciężkie warunki bytu, w jakich znajduje się większość studjujących. Konieczność ratowania dla społeczeństwa każdej jednostki chorej przez zastosowanie w porę odpowiedniego leczenia oraz potrzeba konsekwentnego zapobiegania szerzeniu się zakażenia gruźliczego, tak w czasie studjów ułatwionego, winny być jednem z najpilniejszych zadań społecznych.

Nic dziwnego zatem, że problem badań zbiorowych młodzieży zainteresował wszystkie państwa kulturalne i że badania te wprowadzono już dla nowowstępujących w wielu uniwersytetach[1]); założenia i wyniki dotychczasowej działalności w tym kierunku przedstawili z autorów obcych B r a e u n i n g, K a t t e n t i d t, S t r a s s b u r g e r i inni, a z polskich T y s z k a, C z e ż o w s k a, G r a b o w s k i i H o r n u n g. W czerwcu 1933 r. odbyła się w Leysin pierwsza międzynarodowa konferencja lekarzy uniwersyteckiej służby zdrowia, która w zakresie przez nas omawianym dała ciekawe wyniki i niewątpliwie stanie się ona podnietą nietylko do ujednostajnienia akcji zdrowotnej wśród młodzieży akademickiej, ale także do jej rozwinięcia wedle przyjętych zasad wszędzie tam, gdzie jeszcze akcja ta nie weszła w życie. W konferencji tej z Polski uczestniczył H o r n u n g ze Lwowa i ogłosił szczegółowe z niej sprawozdanie. Oprócz tego ukazała się publikacja opracowana przez K a t t e n t i d t a i E p t i n g a, zawierająca wygłoszone na konferencji referaty wraz z dyskusją.

II.

Pierwsze badania zgłaszających się na studja w U. J. odbyły się przed rozpoczęciem roku szk. 1932/33. Przebadano wówczas ogółem 2.698 osób, w tem 1.776 mężczyzn i 922 kobiet. Od obowiązku badań uchyliło się 53 osób spośród wstępujących na I rok studjów. Badanie kobiet odbywało się w Klinice Chirur-

---

[1]) W N i e m c z e c h: w Hannowerze, Heidelberdze, Jenie, Mannheimie, Monachjum i Muenster; w F i n l a n d j i w Helsingforsie; w Ł o t w i e w Rydze; w S z w e c j i w Lund; w P o l s c e we Lwowie (od 1930) i w Krakowie (od 1932).

gicznej (prof. Rutkowskiego) zaś badanie mężczyzn w Klinice Lekarskiej (prof. Latkowskiego). Badanie przeprowadzało 10 lekarzy internistów i 2 lekarzy radjologów na dwu aparatach rentgenowskich. Prace pomocnicze pełnili studenci i studentki wyższych lat medycyny.

Każdy kandydat przed badaniem internistycznem był prześwietlany, a w razie potrzeby wykonywano zdjęcia rentgenowskie. Badania internistyczne przeprowadzali w obu klinikach asystenci i lekarze Kliniki Lekarskiej U. J., stąd zapewniona była względnie jednolita ocena kliniczna badanych przypadków. Trudności w rozpoznawaniu zmian gruźliczych, ich rozległości i stopnia czynności sprawy, nasuwające się niekiedy przy jednorazowem badaniu lekarskiem, skłoniły do zastosowania przy badaniu także i metod dodatkowych, jak badania szybkości opadania krwinek czerwonych, badania plwociny, względnie śluzu wydobytego z gardzieli, na obecność prątków Kocha, mierzenia ciepłoty, badania moczu i t. p.

We wszystkich wątpliwych przypadkach badał kandydatów i kandydatki przed ostatecznem orzeczeniem Dyrektor Kliniki Lekarskiej.

Zestawienie wszystkich schorzeń i zmian stwierdzonych przy badaniu podaje tablica I.

Tablica I.

rodzaj choroby (zmian)	mężczyźni	kobiety	razem
zmiany gruźlicze	1083	385	1468
chor. narz. oddech. ostre	27	8	35
chor. narz. oddech. przewlekłe	2	1	3
„ stawów i mięśni	3	—	3
„ grucz. dokrewnych	29	40	69
„ narz. moczowo-płciowego	3	2	5
„ skóry	7	1	8
„ oczu	5	2	7
„ uszu i gardła	10	1	11
„ narządu krążenia	68	23	91
przerost serca	118	13	131
serce małe	47	7	54
skrzywienia kręgosłupa	109	17	126

Jak z tablicy tej wynika, największą liczbę stanowią schorzenia natury gruźliczej. Bez zmian gruźliczych znaleziono 1.230 osób (45.58% ogólnej liczby badanych), w tem 693 mężczyzn (39.02% ogólnej liczby badanych mężczyzn) i 537 kobiet (58.24% ogólnej liczby badanych kobiet). W tej liczbie bez żadnych zmian wogóle, czyli zdrowych zupełnie, znaleziono 799 osób (29.58% ogólnej liczby badanych). Zwraca także uwagę duża stosunkowo liczba cierpień narządu krążenia, wśród których przeważają wady serca. Stwierdzono mianowicie u mężczyzn 34 przypadków wad serca (zastawki dwudzielnej 30, zastawki dwudzielnej i tętnicy głównej 1, zastawki tętnicy głównej 3), u kobiet zaś 13 przypadków wad zastawki dwudzielnej. Na uwagę zasługuje także duża liczba stwierdzonych skrzywień kręgosłupa.

Zestawienie dotyczące jedynie zmian gruźliczych podaje tablica II.

Tablica II.

	Mężczyźni	%	Kobiety	%	Razem	%
Przebadano:	1776		922		2698	
stwierdzono zmiany gruźlicze:						
I. wymagające leczenia						
płuc	64	3.61	9	0.98	73	2.72
kości	—	—	—	—	—	—
II. wymagające obserwacji						
płuc	125	7.15	20	2.17	147	5.45
opłucnej	1		—			
gruczołów wnękowych	1		—			
III. wygojone						
zespół pierw.	172	50.22	20	38.61	1248	46.25
zrosty i zgrub. opłucn.	133		32			
zwapnienia grucz. wnęk.	215		183			
zagęszczenia szczytowe	369		120			
zmiany kostne i stawowe	3		1			

Do grupy zmian gruźliczych wymagających leczenia zaliczono przypadki nacieków wczesnych, zmiany guzkowe, włóknisto-guzkowe, włóknisto-serowate i rozpadowe, oraz jeden przypadek gruźlicy płuc już od dłuższego czasu leczony odmą (*vide* tabl. III.);

Tablica III.

(zmiany gruźlicze wymagające leczenia)	
zmiany guzkowe i włóknisto-guzkowe	52 przypadków
nacieki wczesne	6 „
zmiany włóknisto-serowate	4 „
zmiany rozpadowe	10 „
odma sztuczna	1 „

6 stwierdzonych przypadków nacieków wczesnych stanowi 0.23% ogólnej liczby badanych, 0.4% liczby osobników ze zmianami gruźliczemi a 8.2% zmian gruźliczych wymagających leczenia. Wszystkie nacieki wczesne znajdowały się w okolicach pozaszczytowych, z tego 5 pod obojczykiem a 1 przy wnęce.

Do grupy zmian wymagających obserwacji zaliczono zmiany włókniste, zwapniałe ogniska krwiopochodne, zagęszczenia zlokalizowane, świeże zmiany gruczołowe, oraz zmiany zapalne swoiste opłucnej.

Tablica IV.

(zmiany gruźlicze wymagające obserwacji)	
zmiany włókniste szczytowe i podszczytowe	89 przypadków
zmiany włókniste przywnękowe i ograniczone zagęszczenia	56 „
gruźlica wnękowa	1 „
wysiękowe zapalenie opłucnej	1 „

Do grupy zmian wygojonych zaliczono zagęszczenia szczytowe o charakterze niewątpliwie nieczynnym, zespół pierwotny, rozległe zwapnienia gruczołowe, stare zrosty opłucnej oraz wygojone zmiany gruźlicze kostne i stawowe.

Szczegółowe zestawienie zmian wygojonych jest zawarte w tablicy II. W grupie tej umyślnie umieszczono zagęszczenia szczytowe, dosyć jak się okazuje liczne, które przy badaniu, wnosząc zresztą z naszego doświadczenia w badaniach w poradni, nie nasuwały podejrzenia sprawy czynnej; dalsza obserwacja potwierdziła nasze przypuszczenia, albowiem w żadnym z tych przypadków w ciągu późniejszej kontroli nie można było stwierdzić zaostrzenia się procesu chorobowego.

W tejże grupie podkreślić jeszcze należy dużą stosunkowo liczbę zespołów pierwotnych u mężczyzn, a znacznie mniejszą u kobiet (v. tablica II.), co trudno jest wytłumaczyć.

Na podstawie wyników badań uznano za nienadających się do przyjęcia na studja ze względu na chorobę 15 kandydatów i 4 kandydatki. Liczba ta stanowi 0.7% ogólnej ilości badanych a 26.02% ilości przypadków gruźlicy płuc wymagającej leczenia.

Spośród nieprzyjętych na studja Klinika Lekarska objęła natychmiast w swoje leczenie 5 osób; co do pozostałych kandydatów, którym również leczenie kliniczne proponowano, ale na nie się nie zgodzili, to w każdym przypadku udzielono im wskazówek leczniczych oraz skierowano informacje ich tyczące do lekarzy, względnie do tych zakładów leczniczych, do których interesowani, zwłaszcza mieszkający na prowincji, mieli się zwrócić. Wynik leczenia dwu spośród przyjętych chorych był na tyle korzystny, że zezwolono im na udział w studjach po upływie 6-ciu miesięcy. Zasługuje na uwagę, że w jednym przypadku spośród wymienionych wyżej stwierdzono na podstawie seryjnych badań radjologicznych prawie zupełne cofnięcie się nacieku w czasie 5-tygodniowego pobytu chorej w Klinice.

III.

W r. szk. 1933/34 badania wstępujących na studja odbyły się pod lepszą wróżbą, a to z tej przyczyny, że zgłosiły w nich udział, oprócz Uniwersytetu, także i Akademja Górnicza i Wyższe Studjum Handlowe. Świadczy to o wzroście popularności badań i uznaniu ich celowości przez władze wspomnianych uczelni.

Organizacja badań była identyczna jak w roku poprzednim. Do badania zgłosiło się 2642 osób, w tem 1891 mężczyzn i 751 kobiet. Od obowiązku badań na Uniwersytecie Jagiellońskim uchyliło się jeszcze i w tym roku i zostało przyjętych bez badania 90 osób spośród wstępujących na I rok studjów.

Zestawienie wszystkich schorzeń i zmian stwierdzonych przy badaniu podaje tablica V.

Jak z tego widać, największą liczbę stanowią schorzenia natury gruźliczej. Bez zmian gruźliczych znaleziono 1526 osób (57.76% ogólnej liczby badanych), w tem 979 mężczyzn (51.77% ogólnej liczby badanych mężczyzn) i 547 kobiet (72.84% ogólnej liczby badanych kobiet). W tej liczbie bez żadnych zmian wogóle, czyli zdrowych zupełnie, znaleziono 934 osób (35.35% ogólnej liczby badanych).

Tablica V.

Rodzaj choroby (zmian)	mężczyźni	kobiety	razem
Zmiany gruźlicze	912	204	1116
Choroby narz. oddechow. przewlekł.	24	10	34
„ stawów i mięśni	2	2	4
„ gruczołów dokrewnych	39	52	91
„ narz. moczowo-płciowego	4	2	6
„ skóry	3	1	4
„ oczu	1	—	1
„ uszu i gardła	1	—	1
„ narządu krążenia	66	35	101
„ nerwowe	—	1	1
przerost serca	298	68	366
serce małe	60	15	75
skrzywienia kręgosłupa	174	46	220
anomalje rozwojowe	9	1	10

Co się tyczy chorób organicznych serca, to stwierdzono u mężczyzn 56 przypadków wad serca (zastawki dwudzielnej 52, w tem jedna niewyrównana, zast. dwudzielnej i tętnicy głównej 1, zast. tętnicy głównej 2, wrodzonych 1), u kobiet 33 przypadków wad (zast. dwudzielnej 31, zast. dwudzielnej i tętnicy głównej 1, zast. tętnicy głównej 1). Z 10 anomalij rozwojowych przypada 8 przypadków na płat nieparzysty *(lobus v. azygos)* u mężczyzn, 1 na połączenie kostne między żebrem II. i III. prawem u mężczyzny i 1 przyp. *situs thoracis inversus* u kobiety. Liczba skrzywień kręgosłupa jest uderzająco duża.

Zestawienie dotyczące jedynie zmian gruźliczych podaje tablica VI. Nadmienić należy, że przy zestawianiu tablic kierowano się temi samemi wytycznemi, jak przy badaniach poprzednich.

Tablica VI.

	Mężczyźni	%	Kobiety	%	Razem	%
Przebadano:	1891		751		2642	
Stwierdzono zmiany gruźlicze:						
I. wymagające leczenia						
płuc	75	3.97	6	0.79	81	3.06
kości	—	—	—	—	—	—
II. wymagające obserwacji						
płuc	58		14			
opłucnej	—	3.70	—	3.59	97	3.67
gruczołów wnękowych	12		13			
III. wygojone						
zespół pierwotny	300		60			
zrosty i zgrub. opłucn.	54		11			
zwapnienia grucz. wnęk.	173	40.56	21	22.78	938	35.51
zagęszczenia szczytowe	240		78			
zmiany kostne i stawowe	—		1			

Rodzaj zmian wymagających leczenia zestawiono na tabl. VII.

Tablica VII.

Zmiany guzkowe i włóknisto-guzkowe	41	przypadków
Zmiany włókniste rozległe	20	„
Nacieki wczesne	8	„ (w tem dwa cofające się)
Zmiany włóknisto-serowate	3	„
„ rozpadowe	6	„
Odma sztuczna	3	„

Stwierdzonych 8 przypadków nacieków wczesnych stanowi 0.3% ogólnej liczby badanych, 0.7% liczby osobników ze zmianami gruźliczemi, a 9.8% zmian gruźliczych wymagających leczenia.

W 7 przypadkach nacieki wczesne znajdowały się pozaszczytowo (6 pod obojczykiem i 1 u podstawy płatu) a w 1 przyp. w szczycie.

Natomiast zmiany gruźlicze wymagające obserwacji zestawiono w tablicy VIII.

Tablica VIII.

Zmiany włókniste szczytowe i podszczytowe	46	przypadków
„ wnękowe i przywnękowe	41	„
ograniczone zagęszczenia	10	„

Szczegółowe zestawienie zmian wygojonych jest zawarte w tablicy VI.

Na podstawie wyników badań uznano za nienadających się do przyjęcia na studja ze względu na chorobę 21 kandydatów i 2 kandydatki. Liczba ta stanowi 0.87% ogólnej ilości badanych, a 28.39% ilości przypadków gruźlicy płuc wymagającej leczenia.

Pewnej liczbie kandydatów (7 mężczyzn, 2 kobiety) zalecono natomiast studjum na wydziałach innych, aniżeli osoby te podjąć zamierzały, przyczem kierowano się fizyczną przydatnością kandydata do przyszłej pracy zawodowej.

W okresie wpisów na wyższe uczelnie w dwu następujących po sobie latach szkolnych przebadano zatem ogółem 5340 osób.

Wśród nich stwierdzono zmian gruźliczych płuc wymagających leczenia 2.88% (154 przyp.), wymagających obserwacji 4.57% (244 przyp.) oraz zmian gruźliczych wygojonych 40.9% (2186 przyp.). Nacieków wczesnych w całym materjale badanych stwierdzono 14 przypadków, to jest 0,26% ogólnej liczby badanych, 0,54% liczby osobników ze zmianami gruźliczemi, a 9,9% liczby osobników gruźliczych wymagających leczenia. Częstość nacieków wczesnych w materjale naszym jest zatem niewielka, co odpowiada większości nowszych zestawień statystycznych. Co się zaś tyczy umiejscowienia nacieków, to poza jednym przypadkiem nacieku w szczycie płuca, wszystkie pozostałe znajdowały się pozaszczytowo.

Za niedających się do przyjęcia uznano 42 osób, t. j. 0.79% ogólnej ilości przebadanych, a 27.3% liczby przypadków gruźlicy płuc wymagającej leczenia.

Liczba niedopuszczonych do studjów jest nieco niższa, aniżeli taż sama liczba w badaniach lwowskich z 1930 r. (1.1%), jakkolwiek z porównania szczegółowych danych wynika zupełnie pewnie, czemu w formie przypuszczenia jeden z nas już poprzednio dał wyraz, że zagruźliczenie młodzieży krakowskiej jest większe aniżeli lwowskiej.

Tę różnicę można przypisać bardzo liberalnej ocenie zdolności chorych gruźliczych do pracy umysłowej, wskutek czego wykluczano od studjów tylko tych chorych, których udział w studjach groziłby niewątpliwem niebezpieczeństwem zakażenia dla otoczenia, a których leczenie w warunkach pracy uniwersyteckiej bezwzględnie nie byłoby możliwe.

Wnioski ogólniejszej natury, do jakich skłaniają przeprowadzone w Krakowie obowiązkowe badania kandydatów do studjów na wyższych uczelniach, są następujące:

1. Jest rzeczą konieczną, aby we wszystkich uniwersytetach polskich i innych szkołach wyższych wprowadzić badania obowiązkowe wstępujących i to z tem zastrzeżeniem, by przyjęcie kandydatów było całkowicie uzależnione od opinji wyrażonej przez komisje lekarskie. Co się tyczy organizacji badań, to jest rzeczą wskazaną, by ona została ujednostajnioną dla wszystkich uniwersytetów, nietylko co do metodyki badania, ale też i co do sposobu ujmowania wyników, przyczem jako wzór możnaby przyjąć sposoby badań stosowane we Lwowie i w Krakowie, gdyż one, nawet w porównaniu z metodami używanemi zagranicą, najbardziej odpowiadają celowi. W szczególności na podkreślenie zasługuje konieczność wprowadzenia systematycznego badania radjologicznego wszystkich bez wyjątku kandydatów, co obecnie jest już nieodzownym a bezspornym warunkiem wszelkiego wypowiadania się lekarskiego o stanie płuc, o ile nie ma ono budzić zastrzeżeń. Takie ujednostajnienie sposobów badania staje się coraz bardziej potrzebne wobec ujawnionej we wszystkich uniwersytetach polskich chęci przeprowadzania badań kandydatów do studjów. Inne bowiem sposoby kontroli zdrowia nowowstępujących, jak np. stosowany przez Senat U. S. B. w Wilnie, a polegający głównie na oparciu się na świadectwach zdrowia, wydawanych absolwentom szkół średnich przez lekarzy szkolnych, albo sposób zastosowany przez U. Warszawski, polegający znowu na badaniu rozłożonem na dłuższy okres czasu i to po uprzednjem warunkowem przyjęciu na studja, nie dają całkowitej pewności, ani co do właściwej i jednolitej oceny klinicznej przypadków, ani co do możności szybkiego ujęcia źródeł zakażenia.

Oprócz nowowstępujących jest rzeczą konieczną przebadanie obowiązkowe wedle tych samych zasad młodzieży z wyższych lat studjów, która rozpoczęła studja przed wprowadzeniem badań. Zadanie to podjąć mogą poradnie przeciwgruźlicze dla młodzieży akademickiej. Tylko tą drogą będzie można osiągnąć w pełni zamierzone cele profilaktyczne i lecznicze przez wykrycie i usunięcie źródeł zakażenia i poddanie leczeniu osób chorych.

Aby jednakowoż uniwersytetom ułatwić tę pracę, ważną i dla nich i dla całego społeczeństwa, potrzeba zapewnić całej tej akcji oparcie ustawowe, niepozostawiające żadnej wątpliwości. Niejednokrotnie bowiem dotychczas można się spotkać z zapatrywaniem, że badanie obowiązkowe kandydatów do studjów nie jest

ustawą przewidziane, a wobec tego wskazania na mocy badań powzięte, w szczególności zaś odnoszące się do wykluczenia od wpisu na uniwersytet osób chorych, nie mogą być uważane za obowiązujące. Rozmiar szkód, jakie z tego stanowiska wynikają, równa się niemal przekreśleniu zasadniczych założeń badań obowiązkowych. Względy humanitaryzmu, do których poza brakiem ustawowego przepisu odwołują się przeciwnicy badań, nie wytrzymują krytyki, gdyż akcja ta jest właśnie wysoce humanitarna, ponieważ z jednej strony zapobiega szerzeniu się gruźlicy wśród młodzieży, a z drugiej zaś zwraca na drogę racjonalnego leczenia tych chorych na gruźlicę, którzy, jak to się zdarza, nawet nie wiedzieli o swej chorobie.

Czasowe wstrzymanie się od rozpoczęcia studjów nie jest jednoznaczne z ich udaremnieniem, przeciwnie, w miarę korzystnego przebiegu leczenia, czyni podjęcie i ukończenie studjów bardziej prawdopodobnem, aniżeli w warunkach pozostawienia sprawy swemu losowi. W tym stanie rzeczy najwłaściwszem wyjściem z sytuacji będzie jednolita, nowocześnie pomyślana, ustawa przeciwgruźlicza, która została już przygotowana i wniesiona do władz ustawodawczych.

II. Sprawą równie zasadniczej natury jest organizacja opieki lekarskiej nad chorą młodzieżą i to nietylko szkół akademickich, ale także i szkół średnich i niższych. Wszelkie wysiłki zmierzające do jaknajlepszego postawienia jej wyłącznie na platformie uniwersytetów będą, jak to zgóry można przewidzieć, w pewnej mierze chybione, jeśli właśnie w okresie rozwoju i dorastania, a więc w szkołach średnich, młodzież nasza będzie pozbawiona opieki lekarskiej. Toteż należałoby pragnąć, by Władze Państwowe, które ze względów oszczędnościowych zmuszone były ograniczyć opiekę lekarską w szkolnictwie średniem i niższem, wzięły pod uwagę potrzebę rozwinięcia tej działalności na nowo, w miarę poprawy sytuacji finansowej. Czy to nastąpi w formie ograniczenia liczby lekarzy szkolnych, a utworzenia natomiast centralnych poradni lekarskich szkolnych, dysponujących pewną liczbą lekarzy specjalistów i aparatem Roentgena (Zeyland), czy też w formie zachowania stanowisk lekarzy szkolnych, z tem jednak, by wprowadzić obowiązkowe badanie radjologiczne wszystkich uczniów z początkiem roku szkolnego (Hryniewiecki), jest sprawą nadającą się jeszcze do dyskusji; bardziej realnem, przynajmniej w obecnych warunkach, wydaje się rozwiązanie proponowane przez Hryniewieckiego, zwlaszcza że przypadki wątpliwe zawsze mogą być skierowane przez lekarzy szkolnych do Klinik uniwersyteckich, względnie szpitali. Tego rodzaju współpraca lekarzy szkolnych z Kliniką Lekarską U. J. istnieje na terenie Krakowa.

Co się tyczy samych uniwersytetów, to zgodnie z intencją Ministerstwa W. R. i O. P. trzeba, ze względów organizacyjnych i ekonomicznych, dążyć do zespolenia organizacji opieki zdrowotnej nad młodzieżą szkół wyższych w poszczególnych miastach uniwersyteckich w instytucje wspólne, służące w danem środowisku wszystkim tamże istniejącym szkołom wyższym, na wzór dobrze zorganizowanej lwowskiej opieki zdrowotnej. Instytucje takie niewątpliwie będą mogły pracować bardziej wydatnie dla dobra młodzieży.

Osobny problem przedstawia ważna ze stanowiska lekarskiego sprawa pracy umysłowej młodzieży chorej, leczonej niekiedy przez długie okresy czasu w miejscowościach klimatycznych. Problem ten tem więcej może być u nas aktualny, im więcej studentów, w miarę środków materjalnych stojących do rozporządzenia, będzie mogło równocześnie korzystać z leczenia sanatoryjnego. Dla umożliwienia chorym studentom pracy umysłowej, naturalnie w granicach, na jakie pozwalać będzie indywidualnie stan zdrowia, a nawet dla utrzymania choćby względnej łączności ze studjami, możnaby i u nas wziąć pod uwagę, jak to proponuje Kurzrok, utworzenie ośrodków leczenia klimatycznego, na wzór zagranicznych, utrzymujących kontakt naukowy z uniwersytetami. Umiarkowana praca umysłowa w okresie długotrwałej choroby i zdrowienia może istotnie w pewnej mierze stanowić czynnik sprzyjający leczeniu.

III. Sprawą wymagającą także rozwiązania jest opieka lekarska nad kandydatami do studjów, którzy ze względu na chorobę nie zostali przyjęci na uniwersytet. Najbardziej byłoby celowem, gdyby im również można zapewnić uniwersytecką pomoc lekarską. Niema bowiem widoków, by ludzie ci, jeśli nie są zamożni, mogli gdzieindziej znaleźć odpowiednią pomoc w leczeniu. Ze stanowiska ogólnych zasad profilaktycznych nie można zapoznawać faktu, że kandydaci ci wrócą do swego otoczenia domowego i jako chorzy zakaźni, nieleczeni i niekontrolowani, będą zakażenie roznosić. W interesie społeczeństwa leżałoby i dla nich znaleźć środki finansowe i nie odmawiać im pomocy przewidzianej organizacją studenckiej pomocy lekarskiej. Należałoby na ten cel wyjednać specjalne środki z budżetu Ministerstwa Oświaty, czy też Ministerstwa Opieki Społecznej, zwłaszcza dla tych uniwersytetów, których fundusze przeznaczone dla chorych studentów nie są zasobne. Doraźnie można w tym względzie radzić sobie tak, jak to uczyniła Klinika Lekarska dzięki życzliwości dla młodzieży prof. Latkowskiego, który zgodził się przyjmować takich niezamożnych chorych bezpłatnie na kliniczny oddział gruźliczy; w tym przypadku jednak sprawa następowego leczenia takich chorych, klimatycznego czy sanatoryjnego, pozostaje w dalszym ciągu otwarta.

* * *

Jak z powyższego przedstawienia rzeczy widać, sprawa badań zbiorowych, już chociażby na samym tylko odcinku życia uniwersyteckiego, ma znaczenie niezwykle doniosłe i można oczekiwać, że stosowanie tych badań w dziale zwalczania gruźlicy wśród młodzieży a także w zakresie uświadomienia społeczeństwa o potrzebie tej walki, zaznaczy się niewątpliwie pożytecznie.

Piśmiennictwo:

Braeuning H.: Kl. W. 1932, 10, 401; Z. Tbk. 64, H. 6. — Büsing: Z. Tbk. 68. — Czeżowska Z., Grabowski W. i Hornung S.: P. G. L. 1932, 12, 218; 25, 475. — Dąbrowski K.: Wiedz. Lek. 1933, 10, 285. — Franz i Müller: D. m. W. 1932, 20, 769. — Hornung S.: P. G. L. 1933, 29—31. — Hoth: Z. Tbk. 69, H. 1. — Hryniewiecki S.: Now. Lek. 1933, 9, 276. — Karasiński St.: Now. Lek. 1932, 13. — Kattentidt B.: Z. Tbk. 62, H. 4. — Kattentidt B. i Epting K.: Studentischer Gesundheitsdienst, Bericht über die erste internationale Tagung der Studentenärzte, Leysin, 2—4 Juni 1933. — Kayser-Petersen J. E.: Z. Tbk. 64, H. 4. — Kotarska-Dettloff H. i Moczarski W.: P. Arch. M. Wew. X, 2. — Kurzrok M.: P. G. L. 1932, 40, 732. — Latkowski J.: P. G. L. 1928, 29/30, 551; 1929, 32, 606. — Lewy D. i Łazarewowa H.: P. G. L. 1933, 33/4, 643. — Tyszka K.: P. G. L. 1929, 31, 598. — Zeyland J.: Now. Lek. 1933, 5, 148.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.
Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości Lekarskie. Nr. 2. 1934. J. Hozer: Czynności administracyjne lekarzy ordynujących w ubezp. — St. Bühn: Nowości w zakresie dietetyki. — N. Meller: Insulina i cukrzyca.

Nowiny Lekarskie. Nr. 5. 1934. R. Bernhardt i J. Zalewski: Przyczynek do znajomości postaci erytrodermicznej choroby Boecka. — S. Meysner: O przepaleniu zrostów opłucnowych. — T. Wąsowski: Kilka uwag w sprawie leczenia ropnicy pochodzenia usznego. — M. Kusiak: O kosmówczaku jądra. — J. Bylina: O przemijającej ślepocie na tle rzucawki porodowej. — St. Wawrzyniak: Wyleczony przypadek tężca. — Z. Kołosowski: Przypadek zatrucia łubinem.

Nowiny Społeczno-Lekarskie. Nr. 5. 1934. W. Frankowski: Mea culpa. — St. Czerwiński: Sterylizacja jako środek walki z przestępczością i uzdrowienia rasy. — L. Fleck: W sprawie analityki lekarskiej.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie. Nr. 9. 1934. M. Morawski: O leczeniu wrzodów żołądka i dwunastnicy metodą karmienia przez zgłębnik dwunastniczy. — C. Finklerówna i F. Rozenówna: Z kazuistyki schorzeń układu krwiotwórczego. Zespół objawów aleukji krwotocznej w przebiegu błonicy. — R. Zajdel: Nowe prace, dotyczące przyrządzania anatoksyny błoniczej, oraz nowe metody szczepień ochronnych. — B. Glass: O „słabych płucach" i „powiększonych gruczołach". — M. Kacprzak: Zakłady opiekuńcze zamknięte dla dzieci i młodzieży w liczbach.

Wiadomości Farmaceutyczne. Nr. 10. 1934. F. Herod: Propaganda aptekarstwa i aptek.

OCENY.

Zapalenie płuc u dzieci. R. STANKIEWICZ. Polskie Monografie i Wykłady Kliniczne z Dziedziny Pedjatrji. T. X—XV. Warszawa 1933. Str. 256.

We wstępie daje Autor historyczny pogląd na rozwój nauki o zapaleniu płuc u dzieci łącznie z rozwojem lecznictwa względnie szpitali dziecięcych, sięgając aż po czasy Hippokratesa.

W części pierwszej ogólnej rozwija Autor poglądy doby obecnej na zagadnienia patogenezy zapaleń płuc u dzieci w świetle kliniki, bakterjologji i anatomji patologicznej, jak to zapowiada w podtytule pracy. Szczególne uwzględnienie znajduje tu bakterjologja. Sprawdzając badania obce dochodzi Autor do wniosku, że największą rolę w zapaleniu płuc odgrywają pneumokoki typu I i grupy X.

Część druga jest obrazem żmudnej pracy Autora nad materjałem kliniki dziecięcej U. W. za lata 1921—1929. Statystykę zapaleń płuc zrazowych i zrazikowych ujął na kilku przejrzystych tablicach, uwzględniając wiek, płeć, porę roku i patogenezę zapalenia. Ogólną ilość zapaleń zrazowych oblicza na 15.9% z tem, że ilość ich, nieznaczna u niemowląt stale wzrasta zrównując się mniejwięcej w wieku około lat 12-stu z liczbą zapaleń zrazikowych.

Bardzo szczegółowo omawia Autor badania sekcyjne 66 przypadków. Protokoły ich podaje w zakończeniu pracy i objaśnia 19 mikrofotografjami. Z badań tych wyprowadza wnioski co do 1) częstości umiejscowienia zapaleń zrazowych i zrazikowych w poszczególnych płatach; 2) dróg szerzenia się zapaleń.

Ad 1) Zapalenia płuc zrazowe umiejscawiają się u dzieci najczęściej w płacie dolnym lewym (35.4%) i górnym prawym (31.3%). Zapalenia płuc zrazikowe zajmują dolne płaty prawego lub lewego płuca (ok. 21.3%). Statystyka powyższa odpowiada badaniom innych autorów.

Ad 2) Przyjmując trzy drogi szerzenia się zapaleń: drogą oskrzelową, krwionośną i limfatyczną dochodzi Autor do wniosku, że zapalenie płuc może się szerzyć drogą oskrzelową, układ limfatyczny zaś odgrywa rolę w dalszym rozwoju zapalenia. Współudział układu krwionośnego w szerzeniu się zapalenia jest niewątpliwy, współczesne jednak metody badania anatomo-patologicznego naczyń krwionośnych płuc nie pozwalają nam jeszcze określić, jaki jest ten udział.

Zbiór monografij pedjatrycznych wzbogacił się nowym wartościowym tomem opracowanym bardzo starannie na podstawie piśmiennictwa światowego i obfitego materjału własnego. Zdobią go luźne rysunki schematyczne, tablice statystyczne i wykresy, a ponadto 19 barwnych tablic. Tekst poprzedza obszerne streszczenie francuskie. *J. Czyżewska* (Lwów).

Pogadanka o gruźlicy dla uczniów szkół powszechnych. Dr. MARJA GRZYWO-DĄBROWSKA. Łódź. 1933. Broszura. Str. 13.

Rzecz propagandowa stojąca na wysokim poziomie dydaktycznym. Szczęśliwie wybrana do tego celu metoda nauczania dyskusyjnego, w słowach prostych zapoznaje uczniów z istotą choroby, jej zapobieganiem i zwalczaniem. Jest pożądanem, ażeby wspomniana broszura stała się jaknajrychlej spopularyzowaną w szkołach. *Z. Tomanek* (Lwów).

L'hémo-vaccin. (Autohemoterapja). Dr. L. MICHELET. Paryż XVIII, format ósemki. Str. 47.

Autor wskazuje na niedostateczne wyniki otrzymywane dotychczas w różnych stanach chorobowych, a zwłaszcza w zakażeniach i stanach anafilaktycznych przez stosowanie pojedyńczej autohemoterapji. Znacznie lepsze wyniki otrzymywał autor przez zastrzyki podskórne mieszanki złożonej ze szczepionki i krwi *(L'hémo-vaccin)*. Według autora należy to przypisać sile opsoninowej, niezanikającej jak w poprzedniej metodzie, lecz wzrastającej przez zmieszanie ze szczepionką we krwi. W opisie techniki zaleca autor również kombinację podskórnych zastrzyków szczepionki, wraz z zastosowaniem suchych baniek na klatkę piersiową. Wskazania do leczenia tą metodą znajduje przy ropniach, furunkulozie, w stanach zapalnych oskrzelowo-płucnych, żołądkowo-jelitowych oraz w drogach moczowych. Również leczył tą metodą szereg chorób skórnych a to wyprysku, pokrzywkę i łuszczycę a dalej zakażenia z pomyślnym wynikiem.

Z. Tomanek (Lwów).

Die Lungentuberkulose. (O gruźlicy płuc). Prof. Dr. H. DIETLEN. Wyd. T. Steinkopff. Drezno-Lipsk. 1934. 1 rys. w tekście. format ósemki. str. 142. RM. 8.

Monografja jest XVII tomem zbiorowego wydawnictwa *Mediz. Praxis* i stanowi wyczerpujące kompendjum ftizjologiczne. Kolejnie zostaje przedstawioną etjologja, patogeniczne postacie gruźlicy, a zwłaszcza gruźlicy płuc. Również uwzględnia poglądy szkoły francuskiej w patogenezie gruźlicy. Autor jest zwolennikiem podziału gruźlicy według metody Bard-Piéry-Neumanna. Również zapodaje wytyczne leczenia oraz problem gruźlicy ciężarnych. Jak widać, podręcznik stanowi doskonały skrót dla specjalizujących się ftizjologów. *Z. Tomanek* (Lwów).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Mikrobiologja i serologja.

Bakterjemja gruźlicza w gruźlicy i w gośćcu. H. POPPER. Klin. Wschr. Nr. 42, 1933.

Badania Löwensteina, a także Reittera, dotyczące gośćca, mianowicie wykazywania zarazka gruźliczego w krwi osobników w szeregu schorzeń oka, skóry, stwardnieniu rozsianem, przedwczesnem ogłupieniu i t. p., w szczególności jednak obecność tego zarazka w gośćcu stawowym wymagają dalszych badań kontrolnych. W wiedeńskim instytucie anatomji patolog. przeprowadza się badania odnośne. Autor wspomina o zbadaniu 2600 prób krwi, pobranej od żyjących, 550 prób krwi, pobranej ze zwłok i 1000 badań tkanek, pobranych ze zwłok. Stosowano w badaniach tego materjału na obecność zarazka gruźliczego sposobu Löwensteina z pewnemi nieznacznemi zresztą modyfikacjami. Stwierdzano na pożywkach nietylko kolonje widoczne, ale także robiono preparaty z powierzchni pożywek nawet wówczas, gdy gołem okiem nie można było stwierdzić kolonij. W ostatnim wypadku nierzadko stwierdzano obecność prątków kwasoopornych, które w dalszem badaniu okazały się gruźlicą. Niektóre szczepy zarazka zachowywały się atypowo tak, że wciąż musiano uciekać się do szczepień zwierząt (kur, świnek morskich, królików i żab). W pewnej liczbie przypadków otrzymano kwasooporne postacie *Mycobacterium luteum*. U królików i kur otrzymywano niekiedy po szczepieniu tym zwierzętom tego zarazka bakterje ziarenkowate w mięśniu sercowym. Autor podnosi, że tylko w bardzo niewielkiej liczbie próbek krwi, pobranej od żywych, udało się otrzymać typowe prątki gruźlicy, i to głównie w przypadkach prosówki gruźliczej (3 razy) i raz w gruźlicy jamistej, a zatem tylko 4 razy. Natomiast 16 razy stwierdzono gruźlicę mikroskopowo, 6 razy *Mycobacterium luteum*. Ponieważ badano krew w 300 przypadkach gruźlicy płuc, to procent wyników dodatnich co do obecności we krwi zarazka gruźlicy był nader niski.

O wiele korzystniejsze wyniki dało badanie krwi pobranej ze zwłok (z serca i żyły udowej). Materjał obejmował m. i. różne postacie gruźlicy płuc zarówno co do jakości, jak i rozległości samych zmian. Stwierdzono 90 razy zarazka gruźliczego. Ujemnemi były badania starej gruźlicy szczytowej. Dodatniemi były badania z przypadków prosówki i daleko posuniętej gruźlicy płuc, bo w 70% przypadków. Fakt, że znacznie łatwiej można było otrzymać dodatni wynik próbek pobranych ze zwłok, możnaby odnieść do zawędrowania zarazków i ich mnożenia się we krwi.

Autor zwrócił szczególniejszą uwagę na badania krwi i tkanek u osobników gośćcowych. Zbadał 400 próbek krwi płynnej i tylko 5 razy wykazał w niej pewną gruźlicę. Prątki kwasooporne stwierdził mikroskopowo i na powierzchni pożywek 18 razy, a tylko jeden raz *Mycobacterium luteum*. Materjał anatomiczny obejmował przypadki ostrego gośćca, schorzeń świeżych, nawrotowych i starych, zapalenia wsierdzia, wady serca i *endocarditis lenta*. Bakterjologicznie badał nietylko krew, ale także kawałeczki narządów. Autor stwierdził prątki gruźlicy we krwi w przypadkach, w których były ogniska gruźlicze czynne lub nawet bliznowaciejące i wapniejące; w kilku przypadkach (5) stwierdzono prątki nawet wówczas, gdy nie było śladu zmian gruźliczych, nawet zrostów. Naogół jednak dodatnie wyniki były nieliczne. Autor nie może jednak wiązać gośćca z gruźlicą, gdyż nawet w przypadkach z dodatnim wynikiem badania na gruźlicę nie widzi się gruzełków. Jeśli gościec uważa się za proces hiperergiczny, a więc za proces ze zmienionym stanem odpornościowym, to łatwo można zrozumieć, że zapomocą czynnika nieswoistego można wywołać uczynnienie ogniska gruźliczego z następowem naniesieniem zarazka. Autor nie uważa gośćca za zwykłe gruźlicze schorzenie, ponieważ brak w nim zmian gruźliczych. Obecność prątków gruźlicy, naniesionych z uczynnionego ogniska, nie wchodzi tu w rachubę. Według badań Klingego gościec byłby hiperergicznym odczynem w rodzaju anafilaksji. Według niego i Roesslego paciorkowiec byłby tym zarazkiem, który wywołuje hiperergiczną względnie alergiczną reakcję, natomiast Reitter i Löwenstein dopatrują się w gośćcu stawowym zapalnowysiękowej fazy w toku reinfekcji gruźlicy.

Ostatnio autor dopatruje się w gośćcu także reinfekcji alergicznej, która ostatecznie mogłaby w pewnych warunkach być wywołana prątkiem gruźlicy tak, jak może być wywołana białkiem paciorkowca z tworzeniem się nawet gośćcowych ziarniniaków. *W. Nowicki* (Lwów).

W sprawie bakterjologji gośćcowego zapalenia mnogich stawów. M. FISCHER i F. SCHICK. Klin. Wschr. Nr. 31, 1933.

Badania Rosenowa o znaczeniu zakażeń ogniskowych znalazły swój oddźwięk w badaniach nad etjologją i patogenezą gośćcowego zapalenia mnogich stawów. Za takie ognisko uważa

się, jak wiadomo, zakażenia zębowe i migdałkowe. One są miejscem wyjścia dla zakażenia ogólnego. Zapatrywania co do rodzaju zarazka, mającego znaczenie przyczynowe w gośćcu stawowym, są różne. To znaczenie przypisuje się szczególnie paciorkowcowi zieleniejącemu, dalej toksycznie działającym enterokokom, niektórzy przyjmują florę wielopostaciową. Autorowie uważają, że do badań bakterjologicznych nadają się przypadki świeże i ostre gośćca osobników po raz pierwszy chorych. Otóż autorowie wyhodowali z krwi 10-letniej dziewczynki, zapadłej po raz pierwszy na gościec stawowy, paciorkowca, a także drobniutkiego ziarenkowca gramoujemnego, beztlenowca, z którym też wykonywali doświadczenia na świnkach morskich i królikach. W doświadczeniach tych udało się autorom wywołać ostre zapalenie stawów zapomocą wyhodowanego ziarenkowca. Ziarenkowiec ich wykazywał także właściwości uodparniające (aglutyniny i ciała wiążące dopełniacz). Dalsze badania z wspomnianym drobnoustrojem są w toku. *W. Nowicki* (Lwów).

O nowszych sposobach hodowli rozpoznawczych w gruźlicy. SPIRO JANOVIĆ. Liječnički Vjesnik. 1933. Nr. 9.

Autor przepróbował sposoby Lubenau-Hohn'a, Loewenstein'a, Petroff'a, Petragnani'ego (115 hodowli) i zauważył, że na pożywce Lubenau-Hohn'a najwcześniej pojawiają się hodowle, jest ona więc najczulszą. *R. L.* (Lwów).

Zamiana olejku cedrowego preparatem wyrobu laboratoryjnego. W. L. LEWENTON. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 21. 1933.

Do badań mikroskopowych, zamiast olejku cedrowego, który jest towarem importowanym, wyprodukowano tańszy preparat zastępczy, którego wszystkie składniki są pochodzenia krajowego i łatwe do otrzymania w kraju. W skład tej mieszaniny, której własności optyczne są identyczne z olej. cedrowym, wchodzą: olej z pestek moreli 50 części, naftaliny 10 cz., trójbromofenolu 10 części. *M. Segal* (Lwów).

Choroby wewnętrzne, nerwowe i dziecięce.

W sprawie patogenezy przewlekłej samoistnej małopłytkowości. A. JUGENBURG i L. W. FUNSZTEJN. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 23—24. 1933.

W 5 przypadkach małopłytkowości *(thrombopenia essentialis chronica)* stwierdzono zaburzenia układu wewnątrz-wydzielniczego: nadczynność przysadki, tarczycy, zaburzenia funkcji jajników. W 2 przypadkach z zejściem śmiertelnem sekcyjnie stwierdzono: w jednym przypadku zwyrodnienie torbielakowate obu jajników, powiększenie tarczycy z polimorfizmem folikułów, przyczem niektóre dochodziły do bardzo znacznych rozmiarów i zawierały koloid, inne zaś były bardzo małe. Przedni płat przysadki był znacznie powiększony i zawierał k. zasadochłonnych znacznie więcej ponad normę; w trzustce stwierdzono znaczne zmniejszenie wysepek Langerhansa. W drugim przypadku u kobiety 50-letniej znaleziono zanik gruczołu tarczowego i zmiany klimakteryczne jajników. W części ogonowej trzustki zupełny brak wysepek Langerhansa i znaczny rozwój tkanki łącznej i tłuszczowej. *M. Segal* (Lwów).

W sprawie przewlekle powtarzającego się skrętu żołądka. B. ASCHNER. Klin. Wschr. Nr. 33, 1933.

Gdy w erze przedrentgenowskiej spostrzegano ostre skręty żołądka, objawiające się groźnemi objawami, a stwierdzano je z całą pewnością dopiero po otwarciu jamy brzusznej, to obecnie, dzięki obrazowi rentgenowskiemu, przypadki tego rodzaju ostre a także przewlekłe coraz częściej stwierdza się w piśmiennictwie. Autorka opisuje przypadek skrętu żołądka powtarzającego się u dziewczyny 20-letniej, pochodzącej z rodziny, w której cierpienia żołądkowe, w szczególności wrzód trawienny, stwierdzono u kilku członków. U chorej, konstytucjonalnej asteniczki, bladej i wychudzonej pojawiały się wśród bardzo znacznej bębnicy i bardzo wysokiego ustawienia przepony, braku apetytu, trudności zgłębnikowania żołądka, Roentgenem stwierdzone skręty żołądka, które po pewnym czasie ustępowały, aby znowu później wystąpić. Klinicznie bezkwas żołądkowy i brak jakichkolwiek bólów. W późniejszych skrętach pojawiały się okresy bólów, trwające 2—3 tygodni. Przy pomocy badań odpowiednich stwierdzono u chorej nadmierną długość kiszki grubej i wogóle znaczne obniżenie trzewi. U chorej rozpoznano samoistny, powtarzający się skręt żołądka, który narazie nie wymagał zabiegu operacyjnego.

Autorka w krótkości mówi o czynnikach anatomicznych, które warunkują powstawanie skrętu żołądka, w którym nie chodzi tyle o skręt właściwego ciała żołądka, ile raczej o przełożenie koło osi poprzecznej jego dna. Do tych warunków należy opadnięcie żołądka, zbliżenie wpustu do odźwiernika, rozstrzeń żołądka, zrosty jego z otoczeniem, nieprawidłowości w zachowaniu się powięzi żołądka, wiotkie powłoki brzuszne i bębnica kiszki grubej. Przepełnienie żołądka nie ma, zdaje się, w sprawie omawianej bardziej zasadniczego znaczenia. W przypadku autorki stwierdza się rodzinne schorzenie żołądka, opadnięcie jelit i szczególną długość kiszki, nadmiernie długie więzadło wątrobowo-dwunastnicze. Rozpoznanie sprawy omawianej może opierać się na charakterystycznej niemożności przyjmowania pokarmu po pierwszych jego połknięciach, zwracaniu ich, uczuciu pełności, niemożności zgłębnikowania, często braku bólu, ustępowaniu objawów przy położeniu się chorego. *W. Nowicki* (Lwów).

Patologja przemiany materji w otyłości — jod w leczeniu otyłości. C. B. UDAONDO i G. P. GONABOUS. Nutrition. T. III. Nr. 5, 1933.

Zapomocą diety niskokalorycznej i ograniczenia płynów można osiągnąć znaczny spadek wagi. Dla zapobieżenia przyrostowi wagi skutkiem przekroczeń dietetycznych autorzy stosują roztwór 10% jodu metalicznego w 95° wyskoku, w dawkach wstępujących od 2 razy dziennie po 2—20 kropel. *Mester* (Kraków).

Porównawcza ocena wartości indykanemji i stałej Ambard'a dla czynnościowego badania nerek. TETELBAUM, KRYNSKIJ, ROMANOWA. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 23—24. 1933.

Klinicznie wyraźnej uremji towarzyszy nadmiar indykanu we krwi i wzrost stałej Ambard'a (stosunek ilości mocznika we krwi i w moczu). W większości przypadków zmiany zawartości indykanu we krwi i stałej Ambard'a idą w parze. W przypadkach, kiedy dane indykanemji i stałej Ambard'a są rozbieżne (ujemna indykanemja przy wzroście stałej A.), wtedy wzrost stałej Amb. jest wskaźnikiem niedomogi serca, przy braku klinicznej uremji. W przypadkach uremji, kiedy indykanemja i stała A. są zgodne, należy oddać pierwszeństwo badaniu indykanu we krwi jako metodzie łatwiejszej i prostszej.

U 5 chorych skierowanych do kliniki w stanie nieprzytomnym, z drgawkami, wysokiem parciem krwi, białkomoczem, krwinkami i wałeczkami w moczu — indykan we krwi okazał się ujemny. Rokowanie w tych przypadkach jest dobre. Chorzy w krótkim czasie wrócili do zdrowia. *M. Segal* (Lwów).

Zmiany w układzie sercowo-naczyniowym przy nagminnem zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci. W. A. BELONSON i M. P. LEJBOWA. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 23—24. 1933.

Obserwowano 41 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych i w 92.6% stwierdzono następujące zmiany w układzie sercowo-naczyniowym: przesunięcie lewej granicy serca, głuche tony, szmery sercowe i niemiarowości tętna. Większość tych zmian występuje z początkiem choroby, ulega nasileniu w przebiegu choroby i wybitnie się zmniejsza w okresie rekonwalescencji. Najbardziej uporczywie utrzymują się głuche tony i szmery. Nasilenie zmian w układzie sercowo-naczyniowym przebiega równolegle do ciężkości schorzenia, co może mieć pewne znaczenie prognostyczne. *M. Segal* (Lwów).

Leczenie radowe zarostowego zapalenia błony wewnętrznej tętnicy. M. BOROVANSKY. Čas. Lék. Česk. Z. 15, 1933.

We wszystkich przypadkach zarostowego zapalenia błony wewnętrznej tętnicy (z wyjątkiem wilgotnej martwicy) można osiągnąć znaczną poprawę przez naświetlanie radem trzonów tętnic, prowadzących do łożyska niedokrwionego.

W stanach skurczowych zmienia się wskaźnik oscylacyjny na wartości korzystniejsze. Zmiany troficzne ustępują szybciej, zwiększa się przekrwienie kończyny, osiągamy analgezję.

Działanie emanoterapji oprócz działania ogólnego na narządy chromochłonne objawia się klinicznie i fizjologicznie prawdopodobnie przez ograniczenie zwężenia naczyń.

Naświetlanie części lędźwiowej nerwu sympatycznego wykazuje w tych przypadkach wyniki zmienne. Metoda sama jest pod każdym względem nieszkodliwa. *Ungar* (Lwów).

Perparyna w praktyce lekarskiej. W. BINCER. Now. Lek. Nr. 1. 1934.

Syntetyczny przetwór *perparyna* („Chinoin") odpowiada działaniem swem papawerynie i został wypróbowany w Klinice Lekarskiej U. J. na około 170 przypadkach: okazał się skuteczny we wszelkich stanach skurczowych, występujących w zakresie przewodu pokarmowego (skurcze przełyku, żołądka, dwunastnicy, kiszek, na tle wrzodowem, zapalnem lub czysto czynnościowe), w zakresie dróg żółciowych (kolki), dróg moczowo-płciowych (kamica nerkowa, nieżyt miedniczek, pęcherza, miesiączkowanie bolesne i t. p.), wreszcie w zakresie naczyń krwionośnych. Dawka

wystarczająca wynosi 0,04 g doustnie, pozajelitowo lub w czopku; żadnych działań ubocznych nawet przy stosowaniu podwójnych dawek nie stwierdzono, działanie zluźniające skurcz jest szybkie. W razie potrzeby może więc perparyna zastąpić papawerynę, której zastosowanie i działanie było omówione szczegółowo w „Praktyce Lekarskiej" r. 1931. T. V. Str. 106.

B. (Cieszyn).

Zgorzel zakończeń ciała przy malarji. E. ZIMMERMANN. Dtsch. med. Wschr. Nr. 52, 1933.

Autor obserwował bardzo rzadkie powikłanie malarji (szczepionej, o ciężkim przebiegu) w postaci zgorzeli koniuszka nosa i ucha, uprzednio siniczo zabarwionych. Jedyny w piśmiennictwie analogiczny przypadek dotyczył zgorzeli trzecich paliczków palców nogi. Opisane powikłania powstały prawdopodobnie na tle naczynioruchowem przy jednocześnie upośledzonej akcji serca.

E. Epsztejn (Wilno).

Nowy objaw przy postrzale. G. S. DEMJANOW. Sow. Wracz. Gaz. Nr. 23—24, 1933.

Chory leży na plecach. Unosimy ku górze jedną nogę chorego, wyprostowaną podobnie jak przy próbie Lassègue'a. Chory odczuwa przytem silny ból w krzyżach tak, że nogę unieść możemy nieznacznie (około 10°). Jeżeli przed uniesieniem nogi ku górze, ustalimy połowę miednicy tej samej strony, uciskając silnie ręką na okolicę *spina iliaca ant. sup.*, możemy wówczas unieść nogę do góry bez bólu prawie do 90°. To samo powtarzamy z drugą nogą. Jeżeli chory ma rwę kulszową, wówczas ucisk na miednicę nie usuwa bólu i nie pozwala na uniesienie nogi.

Autor przypuszcza, że przy jego sposobie badania ból w czasie zginania nogi nie występuje dlatego, że nie pozwalamy na rozciąganie mięśnia krzyżowo-grzbietowego, dzięki ustaleniu miednicy uciskiem na *spina iliaca.* *M. Segal* (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia z dnia 10 września 1933 r.

1. Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia z dnia 21 czerwca b. r.

2. *Pokazy chorych:* A) Kol. Kokorzecki przedstawił przypadek porażenia postępującego. Postać ekspansywna, obecnie rzadziej spotykana, charakterystyczna ze względu na bardzo silnie wyrażone halucynacje wzrokowe i słuchowe.

W dyskusji kol. Frenkiel zapytał, czy u chorego zauważono objawy hemiparezy.

Kol. Kokorzecki odpowiedział, że nie zauważono.

B) Kol. Słomczyński przedstawił 2 przypadki schizofrenji paranoidalnej.

Przyp. I. Chora Z. A. lat 23, panna, bez zajęcia, wyznania mojżeszowego, wykształcenie 6 kl. gimnazjum.

Rodzice żyją. Ze strony matki chorował umysłowo dziadek, ze strony ojca siostra. Brat matki popełnił samobójstwo. Brat chorej chorował psychicznie, leczył się w tutejszym szpitalu i zmarł. Pacjentka zachorowała po raz pierwszy przed 4 laty, leczyła się w Zofjówce przez 6 tygodni, powróciła do domu jako zdrowa.

W chwili przybycia do szpitala zachowuje się spokojnie, spogląda wzrokiem zdziwionym dookoła siebie, na zapytania nie odpowiada. Po wprowadzeniu na salę zaczyna biegać, skakać, pada na podłogę, wywraca koziołki, robi dziwaczne miny. Następnego dnia opowiada urojone historje o porwaniu przez jakąś bandę cygańską, czy cyrkową, która woziła ją ze sobą po całym świecie. Co do własnej osoby, miejsca, czasu i otoczenia zorjentowana dobrze. Powiada, że pokazują jej się rozmaite osoby, zwłaszcza w nocy.

Stan obecny: narządy wewnętrzne bez zmian; układ nerwowy prawidłowy. WR. we krwi ujemny.

Chora otrzymała serję zastrzyków mlecznych, gorączkowała dobrze. Zachowanie pacjentki uległo zmianie, nawiązuje luźny kontakt z otoczeniem, powoli zabiera się do pracy.

Przyp. 2. Chory I. P. lat 26 kawaler, wyznania rz. kat. z zawodu tkacz, wykształcenie elementarne. Przebywał w szpitalu dwukrotnie.

Po raz pierwszy zachowuje się naogół spokojnie, zorjentowany co do miejsca, czasu i otoczenia. Twierdzi, że do szpitala przywieziony został siłą spowodu nieporozumień z matką. Matka miała go dlatego uważać za umysłowo chorego, ponieważ wyrażał głębokie myśli filozoficzne.

Badanie stanu fizycznego nie wykazuje zmian chorobowych. Badanie krwi oraz płynu mózgowo-rdzeniowego dało wynik ujemny. Pacjent miał stosowane zastrzyki mleczne, po których gorączkował dobrze. Stan psychiczny nie poprawił się.

Przyjęty po raz wtóry jest nieprzystępny, nie chce się przywitać, podaje, że nie jest chory, tylko mózg pali, szczypie, tak jakby był posypany solą. Obecnie jest maltretowany przez demonów, to jest specjalny rodzaj ludzi — karłów, którzy urodzili się przed trzystu laty i są wszechwładni. Po serji zastrzyków mlecznych stan psychiczny chorego poprawił się; urojenia wielkościowe utrzymują się, ale pacjent wypowiada je, gdy jest zapytywany. Omamy słuchowe i wzrokowe słabsze. Z otoczeniem nawiązuje kontakt, pracuje chętnie, jada i sypia dobrze.

3. Kol. Falkowski wygłosił referat pod tytułem: *„Objawy początkowe porażenia postępującego"* (autoreferat).

Porażenie postępujące jako zespół objawów było znane już Eskuirolowi. Eskuirol nie ujmował jednakże porażenia postępującego jako jednostki chorobowej, lecz jako stan końcowy różnych postaci chorobowych. Urojenia wielkościowe, składniki psychologiczne i objawy „porażeniowe" (drżenie mięśni, niezgrabność ruchów) jako objawy początkowe tego schorzenia, miały być charakterystyczne dla porażenia postępującego. Jednakże nie Eskuirolowi, lecz współczesnemu mu Baylowi, przypisać należy wyodrębnienie jednostki chorobowej porażenia postępującego. Dla Bayla chory ma wszystkie stopnie nasilenia, zaczynając od ledwo dostrzegalnych objawów chorobowych, aż do zupełnego zniszczenia zdolności psychicznych; w dziedzinie somatycznej: zaczynając od utrudnionych ruchów, aż do zupełnego porażenia narządów ruchu. Pomiędzy objawami psychicznemi i cielesnemi istnieje paralelizm. Zaburzenia w obu tych sferach występują jako objawy jednej i tej samej podstawowej choroby przewlekłego zapalenia opony miękkiej mózgu. Przeszło 20 lat trwał spór w poglądach na p. p. Dopiero w 1846 r. Bajlloger, wyznawca zapatrywań Eskuirola, ustąpił, zapatrywanie Bayla zwyciężyło. W zapatrywaniach na p. p. odróżniamy 4 okresy. 1) Nozologiczny: Bayle, Parchappe, Baillarger. 2) anatomiczny: Westfal Magnian, Mierzejewski, Nissl, Alzheimer, 3) etjologiczny: Fournier, Noguchi, 4) patologiczny — humoralny. Ustalenie zmian anatomicznych przy p. p. zawdzięczamy Nisslowi. Najstalszą i patognomoniczną cechą p. p. przy istnieniu innych zmian w tkance nerwowej jest obecność komórek plazmatycznych. W 1912 r. Noguchi udowodnił charakter kilowy p. p. przez odkrycie krętka bladego w tkance mózgowej przy p. p. Wprowadzenie przez Langego odczynu złota koloidalnego w płynie mózgowo-rdzeniowym rozpoczęło ostatni etap poglądów na p. p. — okres humoralny.

Prelegent omawia reakcje w płynie mózgowo-rdzeniowym. Na początku okresu humoralnego znane były reakcje na 1) białko, 2) pleocytoza, 3) odczyn Bordet-Wassermanna, 4) Odczyny globulinowe. Potem przybyły, inne najpoważniejsze z nich: 1) reakcja złotowa Langego, 2) benzoesowa Guillaina, 3) z mastyką Emanuela, 4) parafinowa, 5) Takata-Ara, 6) hemolizynowy odczyn Wesla i Kafki, 7) próba przepuszczalności oponowej Waltera. W p. p. występują stale zaburzenia psychiczne, zaczynając od najlżejszych zmian w usposobieniu, przyzwyczajeniach, nawyknieniach chorego, przez zaburzenia pamięci, postrzegania, krytyki orjentacji, występowanie urojeń, omamów i t. d. W porażeniu postępującym spotykamy wszystkie znane nam postacie zaburzeń psychicznych. Urojenia wielkościowe nie odgrywają w przebiegu p. p. tej roli, jaką upatrywał Eskuirol, inaczej ma się z objawami somatycznemi. Eskuirol wiernie dostrzegł objawy, nazwane przez niego porażeniowemi. Zaburzenie mowy, drżenie mięśni, niezgrabność wykonywanych ruchów prowadzą przez insulty paralityczne, zaburzenia w czynności zwieraczy i inne objawy ogniskowe, do najcięższego zespołu objawów *status paraliticus.* Początek jest bardzo niejednolity, przebieg różnorodny prowadzi przez postacie: otępieniową, depresyjną, ekspansywną. galopującą, Lisauerowską do wyniku fatalnego, może dawać jednakże długotrwałe remisje. Porażenie postępujące jest jednostką chorobową o znanej etjologji, znanem podłożu anatomicznem, ustalonemi zmianami humoralnemi, zaburzeniami psychicznemi, przebiegu zmierzającym do zejścia śmiertelnego. W każdym z okresów choroby może nastąpić remisja krótka, lub długotrwała. Rozpoznanie we wczesnym okresie ma duże znaczenie dla leczenia, które w latach ostatnich zrobiło znaczne postępy i ma znaczenie społeczne.

W dyskusji zabierali głos kol. Frenkel, Ściesiński, Makower, Szmirgeld i prelegent.

4) Kol. Januszkiewicz. Pokaz mózgu i preparatów drobnowidowych wścieklizny *(lyssa humana).*

Protokół posiedzenia z dnia 27. września 1933 r.

Pokazy chorych: A. Kol. Itelson przedstawił przypadek gośćca tarczycowego pochodzenia. Pacjent lat 42 zgłosił się w 1931 r. na oddział szpitala im. Prez. Mościckiego skarżąc się na bóle w stawach kończyn górnych, łamanie w plecach przy stanie gorączkowym. Pomimo stosowania salicylatów ciepłota utrzymywała się stale powyżej 38°, dolegliwości nie ustępowały, przyczem chory ciągle tracił na wadze. Poza dodatnim objawem Graefego i drżeniem kończyn górnych zmian objektywnych nie stwierdzono; przypuszczając, że mamy do czynienia z gośćcem tarczycowego pochodzenia, zalecono choremu jod w postaci 2 razy dziennie po 5 kropel 5% KJ. Już po 4 dniach zażywania jodu ciepłota spadła do 37,2°, bóle ustąpiły, a po 10 dniach choremu przybyło na wadze 1,5 kg przy stanie bezgorączkowym. Pacjent opuścił szpital z zaleceniem pobierania jodu przez dłuższy czas, ponieważ przemiana spoczynkowa wykazywała 70%, próby zaś odstawienia jodu na kilka dni dawały pogorszenie w sensie nawrotu objawów chorobowych. Pacjent pobierał jod z małemi przerwami w ciągu roku 1932 do kwietnia 1933 r., czując się nieco osłabionym, doznając od czasu do czasu bólu w plecach. Przemiana spoczynkowa przekraczała — 40% przy dawce jodu 3 r. po 12 kr. W kwietniu 1933 r. wystąpiły objawy migotania przedsionków, wobec czego choremu zalecono zabieg operacyjny. W czwartym tygodniu po dokonanej subtotalnej strumektomji przemiana spoczynkowa spadła do 5%, przyrost na wadze wynosił 10 kg. Jednakże już w 2 tygodnie później wystąpiły bóle w plecach z podniesieniem ciepłoty do 37,2° i nieznacznym spadkiem wagi; wobec powyższego choremu zalecono jod 3 razy dz. po 6 kropel, co bardzo szybko usunęło dolegliwości. Jest to rzadki przypadek gośćca na tle nadczynności tarczycy, przebieg cierpienia wykazuje efekt stosowania jodu, który to lek okazuje się niezbędnym nawet po radykalnym zabiegu — subtotalnej tyreodektomji.

W dyskusji zabierali głos kol. Bender i Makower.

B. Kol. Uryson przedstawił chorą K., lat 66, która od dwóch lat cierpi na stałe napady dławicy bolesnej. Napady te ujawniają się w postaci silnych bólów i uczucia pieczenia w okolicy serca, promieniujących do lewej kończyny górnej. Nerki bez zmian. Ciśnienie krwi 220—120 mm Hg. Wa —; w Roentgenie nieznacznie rozszerzona tętnica główna.

Leczenie wewnętrzne, stosowane w przeciągu dwóch lat, nie dało żadnego wyniku. Kolejno chora otrzymywała związki purynowe, azotyny, narkotyki, dożylne zastrzyknięcia glukozy, eufyliny. Bóle stale nasilały się tak, że chora ostatnio była prawie unieruchomiona, ponieważ próby zrobienia kilku kroków lub podniesienia najmniejszego ciężaru wywoływały natychmiast atak bólowy. W takim stanie chora została skierowana na oddział wewnętrzny B Szpitala im. Poznańskich, gdzie kol. Eisner w dniu 4. VIII. dokonał parawertebralnej injekcji nowokainy (według Mandla) w przestrzeniach międzykręgowych od C do D, zastrzykując do każdego segmentu od 40 do 45 cm³ 0.5% nowokainy. Zabieg chora zniosła bardzo dobrze, bez bólu i tylko przy zastrzyknięciu do D_2 narzekała na intensywne bóle na wewnętrznej stronie ramienia i przedramienia. Od tego czasu w przeciągu 6 tygodni chora nie odczuwała żadnych dolegliwości, mogła wykonywać pracę domową. Od 2 tygodni odczuwa silne bóle między łopatkami, występujące przy szybkim ruchu; bóle te są jednakże znacznie łagodniejsze, niż przed zabiegiem. Chora prosi o powtórzenie znieczulenia.

Przypadek ten jest przyczynkiem do leczenia ciężkich postaci dławicy bolesnej, nieustępującej przy leczeniu środkami wewnętrznemi, wstrzyknięciami nowokainy. Nie jest to leczenie radykalne, daje jednak znaczną ulgę choremu na szereg tygodni. Ostatnio chirurdzy ograniczają się do wstrzyknięcia do C_8 2 cm³ 5% nowokainy.

Kol. Kryszek wygłosił referat pod tyt.: „*O hormonalnem leczeniu schorzeń serca*". Omówił pojęcie hormonów i inkretów, pojęcie parhormonów, wprowadzone przez Gleya, do których należą „hormony sercowe", jak: eutonon — wyciąg z wątroby, angioksyl i kalikreina — wyciągi z trzustki i hormokardjol, lakarnol i polski myostrjatol i kardjogen — wyciągi z mięśni. Omówił wpływ inkretów na serce, poczem przytoczył doświadczenia Haberlanda i Demoora, które doprowadziły do wykrycia hormonu sercowego.

Po omówieniu znaczenia histaminy i choliny, obszerniej omówił rolę adenozyny w fizjologji i patologji ludzkiej.

Nowe ujęcie w tem świetle uzyskuje proteinoterapja, wprowadzona przez Weichardta. W części szczegółowej omówił poszczególne doświadczalne i kliniczne działanie hormokardjolu, eutononu, padutyny i angioksylu, lakarnolu i myostrjatolu. Przytoczył własne spostrzeżenia. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Kol. Bender wyraził zdanie, że cała hormonalna terapja jest psychoterapją względnie proteinoterapją, również dobre wyniki dają zastrzyki mleka, lub tuberkuliny, jakie sam stosował.

Kol. Gliksman wypowiedział kilka uwag w sprawie terminologji hormonów.

Kol. Klozenberg wyraził wątpliwość, czy przypadek przytoczony przez kol. Bendera był prawdziwą anginą piersiową.

Kol. Uryson wspomniał o leczniczem stosowaniu nowokainy.

Kol. Szyfman zaznaczył, że w tej sprawie za wcześnie byłoby wyciągać pewne i ostateczne wnioski.

Kol. Mazur, poboczne działanie myostrjatolu, a mianowicie zawroty głowy — skłonny byłby tłumaczyć rozszerzeniem naczyń błędnika a nie zanieczyszczeniem preparatu.

Kol. Kryszek odpowiedział: operowanie ogólnikami w subtelnem zagadnieniu leczenia dławicy bolesnej do niczego nie prowadzi. Momentu psychicznego nie można lekceważyć w żadnym systemie leczenia. Sprowadzanie efektu leczniczego do proteinoterapji nic nie wyjaśnia, gdyż właśnie referent tłumaczył obecne ujmowanie proteinoterapji dzięki nowym zdobyczom farmakodynamicznym. Co się tyczy rozgraniczenia inkretów od hormonów w szerszem znaczeniu tego wyrazu, należy trzymać się definicji Baylissa i Starlinga. Prócz hormonów pobudzających Schaefer wprowadza pojęcie chalonów. Haberland wprowadza pojęcie nekrohormonów roślinnych. Z kardjogenem oddziały wewnętrzne Szpitala Poznańskich mają jeszcze niedostateczne doświadczenie.

NEKROLOGJA.

Ś. p. Dr. Władysław Mikucki.

W dniu 12 stycznia b. r. zmarł w Stanisławowie Dr. Władysław Mikucki, urodzony w Krakowie w roku 1871, promowany w roku 1895 na Uniwersytecie Jagiellońskim na doktora wszech nauk lekarskich. Po kilkuletniej pracy w rodzinnem mieście udał się do Serajewa w Bośni, gdzie przez długi szereg lat pracował jako prymarjusz wielkiego oddziału położniczo-ginekologicznego szpitala krajowego. W roku 1920 powrócił do kraju i osiadł na rubieżach wschodnich, w Stanisławowie. Ceniony był tutaj wielce jako znakomity specjalista. Ale praktyka prywatna, jakkolwiek rozległa, nie wystarczała wielkiemu sercu Zmarłego. Oddaje się z zapałem opiece nad niemowlęciem i dzieckiem i zakłada w roku 1925 żłóbek, w którym obecnie mieści się 54 niemowląt i dzieci. Był gorliwym i ofiarnym opiekunem stworzonej przez siebie instytucji, przynoszącej wprost nieobliczalne korzyści społeczeństwu. Pracował także w zakresie spraw zawodowo-lekarskich, gdy Go wola kolegów powołała na stanowisko Członka Rady Izby Lekarskiej we Lwowie. Zdanie Jego wytrawne, Jego uprzejmość i serdeczność koleżeńska zostanie zawsze w pamięci tych, którym dane było pracować ze Zmarłym.

Całą swoją piękną i bogatą bibljotekę ofiarował Izbie Lekarskiej, która dar ten wysoko ceni.

Cześć dobremu obywatelowi, dobremu lekarzowi i dobremu Koledze!

Dr. Pohorecki,
Naczelnik Izby Lekarskiej Lwowskiej.

Od Redakcji.

Spełniając życzenie licznych czytelników P. G. L. poświęcamy obecny numer Praktyki Lekarskiej w zwiększonej objętości 3 arkuszy druku zagadnieniom walki gazowej z punktu widzenia lekarskiego w opracowaniu doc. dr. Dadleza J., prof. dr. Koskowskiego Wl. i doc. dr. Mozolowskiego Wl.

W związku z tem w miesiącu lipcu i sierpniu b. r. Praktyka Lekarska nie ukaże się.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Dnia 9 marca b. r. zmarł w Warszawie dr. Jan Ałapin, były starszy ordynator Kliniki Chorób Skórnych i Wenerycznych Uniw. Warsz., przeżywszy 60 lat.

Ruch w Towarzystwach Lekarskich i Zjazdy.

Na pierwszem zebraniu członków Polsk. Tow. Badań Naukowych nad Gruźlicą 26. lutego 1934 r. odbyły się wybory władz Towarzystwa. Zarząd ukonstytuował się, jak następuje: Prezes: Prof. Dr. Witold Orłowski. Wice-prezes: Dr. Kazimierz Dąbrowski. Skarbnik: Dr. Stanisław Popowski. Sekretarz: Dr. Janina Misiewicz, oraz 2-ch członków Zarządu: Dr. Paweł Martyszewski i Dr. Stefan Rudzki. Celem Towarzystwa jest rozważanie zagadnień naukowych, biologicznych, klinicznych i społecznych z zakresu gruźlicy. Tymczasowy adres Towarzystwa jest: Warszawa, ulica Nowogrodzka 59. (II. Klinika Chorób Wewn. Uniw. Warsz.).

VI posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 9 marca b. r. Goldschlag: Praecancerosis. Musiał A.: Rzadki przypadek wytrzeszczu gałki ocznej. Sowiakowski J.: Złamania kręgosłupa z późnemi zaburzeniami czynnościowemi. Grabowska M.: Ciała obce w dwunastnicy. Szymonowicz J.: Embolectomia. Bühn: O przetokach płucno-opłucnowych.

VII posiedzenie naukowe Lwowskiego Tow. Lek. odbyło się 16 marca b. r. Leszczyński R.: Badania nad wpływem niektórych substancyj ustrojowych na układ siateczkowo-śródbłonkowy. Goldschlag: O narkozie dożylnej zapomocą evipannatrium na podstawie własnych doświadczeń.

Posiedzenie Tow. Lek. Warszawskiego odbyło się 13 marca 1934 r. Jakimowicz Wł.: Uraz czaszki i krwotok podpajęczynówkowy. Goebel Fr.: Śledziona a przemiana cholesterynowa. Blacher L.: Badania nad patogenezą małopłytkowości samorodnej.

III Zjazd Dermatologów Słowiańskich odbędzie się w Pradze 19—21 maja b. r. Główne tematy: Zastrzyki śródskórne (Doc. Popoff, Sofja); Gruźlica skóry (Prof. Kogoj, Zagreb); Układ siateczkowo-śródbłonkowy a skóra (Prof. Leszczyński i dr. Goldschlag, Lwów).

IX Zjazd Międzynar. Związku Przeciwgruźliczego odbędzie się w Warszawie w dn. 4, 5 i 6 września b. r. Program zawiera 3 zasadnicze referaty: 1) Zmienność biologiczna zarazka gruźliczego, prof. Karwacki (Polska), 2) Postacie gruźlicy kostno-stawowej i ich leczenie, prof. Putti (Włochy). 3) Wykorzystanie poradni w leczeniu gruźlicy, prof. L. Bernard (Francja). Do tematu biologicznego zostali zaproszeni następujący koreferenci: Prof. J. Van Beneden (Belgja), Prof. P. Courmont (Francja), Dr. F. van Deinse (Holandja), Prof. B. Lange (Niemcy), Dr. E. Long (Stany Zjednoczone Am. P.), Dr. Y. Nedeljković (Jugosławja), Dr. E. Piasecka-Zeylandowa (Polska), Dr. A. Saenz (Urugwaj), Prof. K. Schlossman (Estonja). Prof. J. Valtis (Grecja). Do tematu klinicznego zaproszono następujących 10 koreferentów: Prof. F. Bezançon (Francja), Dr. O. Chievitz (Danja), Prof. E. Erlacher (Austrja), Dr. Gebhardt (Niemcy), Dr. L. Hyde (Stany Zjednoczone A. P.), Dr. Maffei i Dr. Delchef (Belgja), Dr. A. J. Palmen (Finlandja). Prof. Rollier (Szwajcarja), Dr. H. Waldenström (Szwecja), Prof. A. Wojciechowski (Polska). Na liście koreferentów do tematu społecznego figurują następujące nazwiska: Dr. Th. Begtrup-Hansen (Danja), Dr. K. H. Blümel (Niemcy), Dr. K. Dąbrowski i Dr. Cz. Wroczyński (Polska), Dr. Pergus Hewat (Anglja), Prof. Ilvento (Italja), Dr. L. Koganas (Litwa), Dr. J. A. Miller (St. Zjednoczone A. P.), Dr. M. Nasta (Rumunja), Dr. Cepulič (Jugosławja), Dr. J. Včelak (Czechosłowacja). Ponadto odbędą się odczyty: M. A. Kingsbury (Stany Zjednoczone A. P.) p. t.: „Dodatkowe metody walki z gruźlicą w okręgu wiejskim i niskiej umieralności z gruźlicy". Dra Skokowskiej-Rudolf i Dra Miłosza Grodeckiego (łącznie) „Stan walki z gruźlicą w Polsce". Po zakończeniu Zjazdu program przewiduje 3 wycieczki: 1) do Krakowa i górskich stacyj klimatycznych (Zakopane, Szczawnica i inne), 2) do Lwowa i na Huculszczyznę i 3) do Ciechocinka, Torunia i Gdyni.

Sprawy zawodowe.

Sejm na posiedzeniu 9 marca 1934 r. przyjął nową ustawę o izbach lekarskich, która ma obowiązywać na terenie całego państwa.

Medycyna społeczna.

Ustawie sterylizacyjnej w Niemczech poświęcają Nowiny Społeczno-Lekarskie Nr. 5. artykuł S. Czerwińskiego.

Różne.

Medicum Marianum we Lwowie. Przy ul. Pijarów Nr. 15 we Lwowie tuż naprzeciw Klinik Uniwersytetu J. K. powstaje wspaniała instytucja opiekuńcza nad niezamożnym studentem medycyny i początkującym lekarzem. Dzięki wielkodusznej ofiarności i zapisowi ś. p. Marji Antoniny Świdzińskiej dom ten 2-piątrowy pod nazwą „Medicum Marianum" przechodzi obecnie pod zarząd Sekcji lekarskiej „Marianum" we Lwowie. W ubiegłym tygodniu ukonstytuował się Wydział sekcji lekarskiej „Marianum" w następującym składzie: Prezes i przewodniczący: Radca Dr. Zygmunt Danielski, zastępca przewodniczącego: Prof. Dr. Marjan Franke, sekretarz: Dr. Mokrzycki Stanisław, skarbnik Dr. Kuhl Karol, gospodarz domu: Dr. Stenzel Rudolf, referent propagandy „Medicum Marianum" Dr. Zdzisław Tomanek. zastępca sekretarza: Pękalski Zbigniew, prezes Wzajemnej Pomocy Medyków Uniw. J. K. Piękna ta placówka dobra publicznego będzie przerobioną i uruchomioną najprawdopodobniej już z początkiem przyszłego roku szkolnego akademickiego.

16. II. b. r. minęła setna rocznica urodzin Ernsta Haeckla jednego z najpotężniejszych filarów nowoczesnej biologji.

Na posiedzeniu z 23. II. 1934 *Gesellschaft der Aerzte* w Wiedniu przedstawił A. Solé wyniki stosowania mleka kobiecego jako środka hamującego krwawienie. Własność tę posiada mleko od 3 tygodnia laktacji do jej ukończenia. Może być użyte świeże do 24 godzin po opuszczeniu gruczołu względnie sproszkowane do 3 miesięcy. Próby w zakresie dentystyki i laryngologji zdają się wskazywać na bardzo wysoką wartość hemostatyczną mleka.

Zbiórka na cele walki z gruźlicą, przeprowadzona we Włoszech (wraz z ich kolonjami) dała w roku 1933 — 13 miljonów lirów dochodu.

Wedle oficjalnych danych zmarło na dżumę w Indjach w ciągu trzech tygodni do 24 lutego b. r. 2.866 osób.

Komunikaty.

Min. Opieki Społ. zaleca dla celów propagandy przeciwjagliczej: plakat (50 gr) i broszurę (20 gr) opracowane przez dra M. Zacherta i taśmę filmową (5 zł) z 70 przeźroczami opracowaną przez drów M. Zacherta i L. Rostkowskiego. Zamawiać: Pol. Tow. Higjeniczne, Warszawa, Karowa 31.

Wzorem lat ubiegłych odbędzie się w Państwowej Szkole Higjeny w czasie od 9. IV. — 29. IV. b. r. kurs dla lekarzy Ośrodków Zdrowia. Na kurs mogą być przyjęci lekarze, którzy bądź pracują już w Ośrodkach Zdrowia, bądź też pragną się zapoznać z tym działem pracy higjeniczno-lekarskiej. Wpisowe 10 zł.; koszt pobytu wraz z utrzymaniem 4 zł dziennie. Lekarzom, którzy pracują już w Ośrodkach Zdrowia, a nie mają specjalnego przeszkolenia w tym kierunku, Państwowa Szkoła Higjeny będzie mogła przyznać pewną liczbę stypendjów w wysokości nieprzekraczającej 100 zł na osobę.

Związek Lekarzy Ubezpieczalni Społecznej w Krakowie otworzył dla swych członków „Czytelnię" pism naukowych, codziennych i tygodników, przy ul. Karmelickiej l 48, parter. Lekarze niebędący członkami Związku mogą korzystać, jako goście z czytelni, po porozumieniu się z gospodarzem czytelni. Czytelnia otwarta codziennie od godz. 17-tej.

Doc. A. Wojciechowski (Warszawa, Tucholska 10) koreferent tematu programowego na Zjazd Międz. Zw. Walki z gruźlicą prosi kolegów chirurgów polskich o uwagi, co do ich zapatrywań i osiągniętych wyników w leczeniu gruźlicy kości i stawów.

Adres Redakcji i Administracji: Lwów, ul. Rutowskiego 9.